



Certificación de la incapacidad de un alumno para brindar consentimiento informado para las decisiones educativas tomadas según la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA)

Nombre del alumno _____ Fecha de nacimiento _____ Número de id. _____ Fecha _____

Proporcione la siguiente información:

1. Nombre del evaluador que examina personalmente al alumno: _____

2. Título o licencia profesional que faculta al evaluador para tomar esta determinación:
(Consulte Transferencia de derechos a alumnos que alcanzan la mayoría de edad [8VAC20-81-180], para información adicional y requerimiento de profesionales específicos).

Elija una opción:

Doctor en Medicina Asistente médico Enfermero practicante certificado

Psicólogo clínico licenciado Asistente social clínico licenciado

Tutor Ad Litem para el alumno adulto Defensor especial designado por el tribunal

3. ¿El evaluador del consentimiento informado, en el ejercicio de sus funciones profesionales, ha evaluado personalmente a la persona cuya capacidad está en duda (el alumno)? Sí No

4. El alumno sufre de las siguientes enfermedades y/o condiciones debilitantes:

5. Debido a las enfermedades y/o condiciones debilitantes mencionadas anteriormente y las limitaciones relacionadas del alumno, es mi opinión profesional que el alumno **ES CAPAZ** **NO ES CAPAZ** de proporcionar consentimiento informado para decisiones educativas tomadas según IDEA; y

6. Debido a la naturaleza de la enfermedad y/o condición debilitante del alumno como se indica en este documento, es mi opinión que la capacidad de este alumno para brindar consentimiento informado para decisiones educativas debe revisarse el _____ (fecha) y posteriormente cada _____ años. (Complete el espacio en blanco con un número no superior a tres años. La reevaluación debe realizarse anualmente a menos que la condición que incapacita al alumno para dar su consentimiento informado sea degenerativa, irreversible o perpetua dado el estado actual de la ciencia médica, tal como la conoce el evaluador).



Certificación de la incapacidad de un alumno para brindar consentimiento informado para las decisiones educativas tomadas según la Ley de Educación para Personas con Discapacidades (IDEA)

Nombre del alumno _____ Fecha de nacimiento _____ Número de id. ____ Fecha _____

Estoy familiarizado con los procedimientos de educación especial relacionados con el consentimiento informado para decisiones educativas tomadas según IDEA. Entiendo esos procedimientos y he completado este formulario de evaluación según las pautas establecidas en los procedimientos.

Firma del evaluador

Título del evaluador

Fecha

Dirección del evaluador

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Firma del testigo

Nombre del testigo

Dirección del testigo

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Documentos de referencia:

Transferencia de derechos para alumnos con discapacidades al alcanzar la mayoría de edad en Virginia (noviembre de 2015)

<https://www.doe.virginia.gov/programs-services/special-education/secondary-transition-services-for-students-with-disabilities>

8VAC20-91-180 Cesión de derechos a alumnos que alcancen la mayoría de edad

<https://law.lis.virginia.gov/admincode/title8/agency20/chapter81/section180/>