



# 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

la mayoría de edad - 18 MAC20

180], para información adicional y requerimiento de profesionales específicos).

Elija una opción:

Doctor en Medicina     Asistente médico

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)? No

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

im/P <F.5 (59o5 (a)14.2 (lu)5rpDC 0.005 Tce)14 -1. ( )t(ET 15())JTJj EMC