

PETICIÓN DE ACOMODO RAZONABLE

Instrucciones: Los candidatos o estudiantes que necesiten examinarse con acomodo razonable deben completar esta petición. Antes de enviar la solicitud al College Board, deben asegurarse de completarla en todas sus partes, firmarla e incluir la información médica requerida para que el especialista certifique la condición. No se aceptarán peticiones ni documentos incompletos.

Incluya con esta petición lo siguiente: 1) Resumen de su inscripción en línea o solicitud, 2) Cuota regular de examen en giro postal y 3) Certificación médica (sección IV de esta petición) u otra evidencia médica (PEI o certificado médico)*.

Puede acceder al *Boletín de información para candidatos con acomodo razonable* en nuestra página electrónica <https://latam.collegeboard.org>. El College Board utilizará esta petición bajo total confidencialidad para evaluar sus méritos y, si fuera concedido, coordinará el acomodo. Debe enviar esta solicitud junto con los demás documentos a: College Board, PO Box 71101, San Juan PR 00936-8001. No se aceptarán peticiones después de la fecha límite para la inscripción. Para información de las fechas límites puede buscar en nuestra página electrónica: <https://latam.collegeboard.org>

I. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE O CANDIDATO

Nombre _____ Teléfono: _____
(Apellido paterno, apellido materno, Nombre)

Dirección postal: _____ Fecha de nacimiento: _____
 _____ Seguro Social: _____
 _____ Número de registro: _____

Escuela/institución donde estudia: _____ Nombre _____ Pueblo _____ Codificación _____ Centro de examen _____

Programa en el que se registró: PCMAS PNA PEAU-Sabatino PEAU-SD**

II. DESCRIPCIÓN DE LA CONDICIÓN (Marque correctamente los encasillados que describen su condición).

A. Naturaleza de la condición

<input type="checkbox"/> De aprendizaje	<input type="checkbox"/> Físico	<input type="checkbox"/> Visual-condición aguda	<input type="checkbox"/> Auditivo
<input type="checkbox"/> Problemas específicos de aprendizaje:	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Albinismo ocular	<input type="checkbox"/> Sordera profunda
<input type="checkbox"/> Déficit de atención (ADD)	<input type="checkbox"/> Hidrocefalia	<input type="checkbox"/> Ceguera legal	<input type="checkbox"/> Sordera parcial
<input type="checkbox"/> ADD con hiperactividad (ADHD)	<input type="checkbox"/> Perlesía cerebral	<input type="checkbox"/> Estrabismo	<input type="checkbox"/> Utilización de audífono
<input type="checkbox"/> Dislexia	<input type="checkbox"/> Hipoglicemia	<input type="checkbox"/> Daltonismo	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Otro: _____	
<input type="checkbox"/> Síndrome Asperger	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas		
<input type="checkbox"/> Retardo mental leve	<input type="checkbox"/> Otro: _____		
<input type="checkbox"/> Condición emocional			
<input type="checkbox"/> Otro: _____			

B. La condición es: Permanente Temporal C. Tamaño de tipografía: Tipografía regular (tamaño: 10 o 12 pts.) Tipografía agrandada (tamaño: 24 pts.)

C. Otras ayudas:

<input type="checkbox"/> Lector	<input type="checkbox"/> Ubicar frente a examinador
<input type="checkbox"/> Amanuense	<input type="checkbox"/> Tiempo para merendar
<input type="checkbox"/> Tiempo adicional	<input type="checkbox"/> Intérprete de señas
<input type="checkbox"/> Uso de calculadora	<input type="checkbox"/> Otro (explique): _____

Firma del estudiante o candidato: _____ Fecha: _____

Firma del padre o encargado: _____ Fecha: _____

III. DIRECTOR O FUNCIONARIO AUTORIZADO

Certifico que la condición indicada por el estudiante o candidato es correcta y reúne los requisitos para examinarse con acomodo razonable.

Nombre: _____ Título: _____

Firma: _____ Fecha: _____



IV. MÉDICO O ESPECIALISTA

Si no presenta PEI o Certificación Médica, el **médico o especialista** debe completar esta sección y certificar la condición. Debe describir y recomendar el acomodo que el estudiante o candidato necesita para tomar el examen.

Acomodo razonable: _____

Nombre: _____ Firma: _____

Título: _____ Fecha: _____

Teléfono: _____ Núm. licencia: _____

Nota:
 *No deben tener más de dos años de vigencia.
 **El acomodo será el mismo que se le concede en la escuela para completar sus exámenes regulares.