



## SOLICITUD DE SERVICIOS Y MODIFICACIONES RAZONABLE

Año Académico: 20\_\_\_\_20\_\_\_\_

Semestre: 1ro ☐ 2do ☐ Verano ☐

Trimestre: 1er ☐ 2do ☐ 3er ☐

1. Primer Apellido:

2. Segundo Apellido

3. Nombre

Inicial

4. Número de Estudiante

5. Fecha de Nacimiento

6. Edad

7. Sexo biológico: ☐ F ☐ M ☐ Otros

Género: \_\_\_\_\_

8. Facultad

Programa

9. Año de Estudio: \_\_\_\_\_

10. Dirección física:

  
  

11. Ciudad

País

Zona Postal

12. Ciudad

País

Zona Postal

13. Teléfono Residencial y/o celular:

14. Correo Electrónico Institucional:

15. Correo Personal

¿Se hospeda? Si ☐ No ☐ Dirección: \_\_\_\_\_

Persona contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

Relación con usted: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico:

Beneficiario de Rehabilitación Vocacional

Si ☐ No ☐ Nombre del Consejero

Teléfono:  Correo Electrónico:

Marque los impedimentos que tiene:

- ☐ Dificultad auditiva/sordera
- ☐ Dificultad visual/ciego legal
- ☐ Mental / emocional
- ☐ Otros: \_\_\_\_\_

- ☐ Problemas del habla
- ☐ Problemas de aprendizaje
- ☐ Problemas de movilidad

Especifique: \_\_\_\_\_

Esta solicitud debe ir acompañada de la Certificación de Impedimento y Recomendaciones para Acomodo Razonable y completada por el profesional de salud que atiende su condición, o por la Certificación de la Oficina de Rehabilitación Vocacional.

El estudiante es responsable de presentar todos los documentos necesarios para que su Solicitud de Acomodo Razonable sea procesada.

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha



\_\_\_\_\_  
Firma de la directora OSEI

\_\_\_\_\_  
Fecha

Rev. 03/2021



**Certificación de Impedimento y Recomendación de Modificación Razonable**

Estimado Profesional de la Salud:

El/la estudiante \_\_\_\_\_ del Recinto de Ciencias Médicas, está en proceso de solicitar una modificación razonable para cursar estudios en nuestra institución. Como requisito se le solicita realizarse una evaluación por el profesional de la salud que atiende su condición y obtener una certificación de su estado de salud e impedimento/s.

Respetuosamente le solicitamos realice una evaluación completa, incluyendo laboratorios o pruebas diagnósticas pertinentes.

Para agilizar el proceso y atender las necesidades del/la estudiante, solicitamos que sus recomendaciones sean lo más específicas posibles, relativas a la condición o impedimento que usted ha estado atendiendo como especialista y certifique; de forma que permitan el mejor desempeño de este estudiante.

Agradecemos su colaboración, completando el documento adjunto.

Cordialmente,

Prof. Irma Vázquez Sanjurjo RN,RSN  
Oficina de Servicios a Estudiantes con Impedimento, OSEI  
Decanato de Estudiantes, RCM, UPR  
(787) 758-2525 ext. 4006  
E-mail: [osei.rcm@upr.edu](mailto:osei.rcm@upr.edu)  
Web: <http://de.rcm.upr.edu/osei/>

## CERTIFICACIÓN DE IMPEDIMENTO Y RECOMENDACIONES DEL ESPECIALISTA PARA MODIFICACIONES RAZONABLES

Yo, \_\_\_\_\_, Especialista o profesional de la salud en el área de \_\_\_\_\_ autorizado/a para ejercer la profesión en Puerto Rico, certifico que he examinado a él/la estudiante: \_\_\_\_\_.

I. Este/a presenta una condición de tipo:

- ☐ Fisiológica (ej. Sordera, visual, de movilidad, neurológicas, etc.)  
☒ **Salud Mental (ej. Ansiedad, depresión, desorden de bipolaridad, etc.)**  
☐ Cognitiva (ej. ADD, ADHD. Problemas Específicos de Aprendizaje, etc.)

### Para trastornos cognitivos se requiere la siguiente información:

- Una evaluación neuropsicológica o psicoeducativa exhaustiva que incluya la aptitud y el rendimiento (preferiblemente pruebas para un adulto) con el fin de determinar sus limitaciones funcionales y que apoyen las modificaciones que solicita.
- Escalas de valoración y medición objetiva de la atención (para el TDA)
- Escalas estandarizadas de síntomas relacionados a la condición diagnosticada

### Para condiciones de Salud Mental se requiere:

- Escalas estandarizadas de síntomas relacionados a la condición diagnosticada
- Evaluaciones clínicas del Profesional Especialista en Salud Mental
- Criterios establecidos según DSM-V para realizar el diagnóstico

**Nota: No tiene que incluir un informe escrito de la condición.**

### I. Diagnóstico:

Basado en las evaluaciones y en la revisión de los resultados de pruebas diagnósticas pertinentes, así como en las intervenciones que he realizado a través de su tratamiento, certifico que él/ la estudiante tiene la siguiente condición o condiciones diagnósticas:

---

---

---

---

### II. Descripción breve del impedimento:

---

---

---

---

### III. Historial:

Esta condición o impedimento fue diagnosticada el (día, mes, año): \_\_\_\_\_

La condición es: ☐ permanente o ☐ temporera

Frecuencia con la que atiende al estudiante: ☐ semanal ☐ mensual ☐ 3 – 6 meses ☐ anual

Recibe servicios en nuestra oficina desde (día, mes, año): \_\_\_\_\_

Fecha de la última vez que atendió al estudiante: \_\_\_\_\_

**IV. Tratamiento que recibe y posibles efectos secundarios que podrían afectar la ejecución académica del/la estudiante:**

---

---

---

---

**V. Recomendaciones:**

Con el propósito de igualar las capacidades del/la estudiante para desempeñarse en un programa académico, se realizan las siguientes recomendaciones de modificaciones razonables: (sea específico basado en la evaluación, historial médico y diagnóstico del/la estudiante)

---

---

---

---

---

**Certifico que la información provista es cierta y exacta y que, con las modificaciones razonables recomendadas, esta persona está capacitada para desempeñarse como estudiante en el Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico.**

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del profesional de Salud \_\_\_\_\_

Número de Licencia \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_

NPI \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Autorización de Divulgación de información  
en cumplimiento con la Ley 408 del 2 de octubre de 2000, Ley HIPAA  
(Para ser llenado por el estudiante)**

Yo, \_\_\_\_\_, número de estudiante \_ \_ \_\_\_\_\_  
autorizo a que se divulgue la información requerida al Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico.

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Este documento será cumplimentado por el especialista y deberá enviarse electrónicamente a la Oficina de Servicios a Estudiantes con Impedimento. Será para uso exclusivo de nuestra oficina. El/La estudiante no podrá duplicar este documento.



## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_, ☐ autorizo ☐ no autorizo al  
Director / Personal de la Oficina de Servicios a Estudiantes con Impedimento (OSEI) a  
ofrecer información sobre:

- Recomendaciones de modificaciones razonables
- Situaciones extraordinarias (muerte, emergencias médicas, otras)

La información se discutirá con:

- Decanos Auxiliares/ Coordinadores/ Profesores de los cursos en que esté matriculado
- Consejero en Rehabilitación Vocacional.
- Especialistas que atienden mi condición.
- Profesionales de ayuda con los que se me coordine algún referido o servicio
- Personal a cargo de la coordinación de los servicios académicos.
- Otro \_\_\_\_\_

La divulgación de información tiene como propósito la coordinación de las modificaciones razonables y los servicios que facilitarán mi desempeño académico y el logro de mi meta profesional.

Notas aclaratorias:

1. *Esta autorización tendrá vigencia mientras tengas una Solicitud de Modificación Razonable de la Universidad de Puerto Rico activa. Podrá quedar sin efecto en cualquier momento si deseas, pero deberás solicitarlo por escrito en la Oficina.*
2. *La divulgación antes aludida es voluntaria. **El no autorizar puede afectar y/o limitar la coordinación de los servicios académicos y modificaciones razonables.***
3. *El estudiante es responsable de asistir a clases y exámenes e informar al profesor cualquier situación que le impida cumplir con su deber.*

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Número de Estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Rev. 03/2021

En cumplimiento con la Ley 147 del 9 de agosto de 2002, Ley para reglamentar la práctica de la Consejería Profesional en Puerto Rico y el Código de Ética Profesional, Ley 408 del 2 de octubre de 2000, según enmendada y la Ley HIPAA.