



Universidad Interamericana de Puerto Rico  
SERVICIOS A ESTUDIANTES CON IMPEDIMENTOS



## CERTIFICACIÓN MÉDICA PARA ACOMODO RAZONABLE

### Documento Confidencial

Yo, \_\_\_\_\_  
letra de molde \_\_\_\_\_  
número de identificación \_\_\_\_\_, certifico que he sido orientado debidamente sobre mis derechos y responsabilidades con relación a la Solicitud de Acomodo Razonable y a la confidencialidad de la información. Autorizo a que se divulgue la información requerida a Lcda. Itza M. Toledo Báez Coordinadora de Servicios a Estudiantes con Impedimento de la Universidad Interamericana de Puerto Rico, Recinto de

**Arecibo**

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

### Certificación de Condición y/o Impedimento

Por la presente certifico que \_\_\_\_\_,  
con el número de identificación personal \_\_\_\_\_ tiene la siguiente condición o impedimento:

---

---

---

---

---

y que debido a esta condición presenta las siguientes limitaciones: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

