

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO  
RECINTO DE RÍO PIEDRAS  
DECANATO DE ESTUDIANTES  
OFICINA DE ASUNTOS PARA LA PERSONA CON IMPEDIMENTO

**SOLICITUD DE SERVICIOS DEL ESTUDIANTE CON IMPEDIMENTO**

El propósito de este documento es obtener información de el/la estudiante con impedimentos del Recinto de Río Piedras, de modo que podamos coordinar la prestación de un servicio eficiente y de calidad. La información que ofrezca es voluntaria y los datos recopilados se mantendrán en forma confidencial.

|   |                            |
|---|----------------------------|
| Fecha de solicitud: _____                 | Núm. de estudiantes: _____ |
| Facultad: _____                           | Correo electrónico: _____  |
| Fecha de nacimiento: _____<br>Día/mes/año |                            |

**A. Información personal del estudiante**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido paterno                      Apellido materno,                      Nombre                      Inicial

Sexo: F\_\_\_ M\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dirección hospedaje: \_\_\_\_\_

**Teléfonos**

Residencia: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Hospedaje: \_\_\_\_\_ En caso de emergencia, favor notificar a: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

Indique con claridad cuál es su impedimento principal: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si tienes otros impedimentos, indique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Es usted beneficiario de los servicios de la Administración de Rehabilitación Vocacional (ARV)?                      Si\_\_\_ No\_\_\_

De ser afirmativa indique dónde está localizada la oficina que le brinda servicios. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por este medio autorizo que la información personal aquí ofrecida así como la información médica pueda ser utilizada por la Oficina de Asuntos para las Personas con Impedimentos para fines de una adecuada coordinación de prestación de servicios. Autorizo además, al Director/a de la oficina a obtener o compartir de estimarse necesario, información médica adicional relacionada a mi condición con el facultativo médico que me atiende.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

**Nota:** La certificación médica que solicitamos al dorso puede ser sustituida por una certificación médica reciente provista por el /la solicitante a la Administración de Rehabilitación Vocacional.

(Favor de llenar en letra de molde)

**B. Información del facultativo médico o psicólogo**

**Naturaleza o tipo de impedimento**

|                           |                                     |
|---------------------------|-------------------------------------|
| Condición visual          | Problemas de aprendizaje            |
| Condición auditiva        | Condición renal                     |
| Condición del habla       | Condición respiratoria              |
| Condición emocional       | Condición ortopédica                |
| Enfermedad cardiovascular | Enfermedad sexualmente transmisible |
| Perlesía cerebral         | Diabetes                            |
| Artritis                  | Paraplejia                          |
| Distrofia muscular        | Otros: (indique)                    |
| Déficit de atención       |                                     |

1. Indique si la condición es congénita Sí No

2. Indique si el solicitante ingiere medicamentos para el tratamiento de su condición Sí No

De ser afirmativa la contestación indique que medicamentos ingiere: \_\_\_\_\_

Indique que posibles efectos secundarios producen tales medicamentos que puedan afectar la ejecución académica del solicitante \_\_\_\_\_

3. Indique si el solicitante es alérgico a algún medicamento? Sí No \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE EJECUCIÓN FUNCIONAL DEL SOLICITANTE**

1. Indique si el solicitante tiene problemas de movilidad? Sí No De ser en la afirmativa la contestación especifique si requiere de equipo asistivo para su ambulación

silla de ruedas muletas andador otros: \_\_\_\_\_

2. Indique si el solicitante tiene problemas de balance Sí No

3. Indique si el solicitante tiene problemas respiratorios en alguno de las siguientes:

en reposo en ejercicio en alturas otros: \_\_\_\_\_

4. Indique si el solicitante tiene parálisis de su cuerpo Sí No De ser afirmativa la contestación especifique:

5. Indique si el solicitante tiene problemas de audición Sí No De ser afirmativa la contestación especifique:

6. Indique si el solicitante tiene problemas de comunicación Sí No De ser afirmativa la contestación especifique:

7. Indique si el solicitante tiene problemas para recordar o aprender Sí No De ser afirmativa la contestación especifique: \_\_\_\_\_

8. Indique si el solicitante tiene problemas visuales Sí No De ser afirmativa la contestación especifique el porcentaje % de agudeza visual y/o campo: \_\_\_\_% ojo derecho \_\_\_\_% ojo izquierdo

9. Indique si el solicitante tiene condición emocional Sí No De ser afirmativa la contestación especifique:

10. Indique si a consecuencia de su condición emocional, el solicitante presenta falta de control: Físico Verbal

11. Indique que destrezas o habilidades funcionales del solicitante se han visto afectadas a causa de su condición o condiciones: \_\_\_\_\_

12. Favor de hacer sus recomendaciones sobre los acomodados razonables que necesita el solicitante para la obtención de un adecuado aprovechamiento académico: \_\_\_\_\_

Nombre del médico, psicólogo o evaluador: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Número de licencia: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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

Dirección física de la oficina: \_\_\_\_\_