



UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO  
RECINTO DE RÍO PIEDRAS  
DECANATO DE ASUNTOS ESTUDIANTILES  
**OFICINA DE SERVICIOS A ESTUDIANTES CON IMPEDIMENTOS (OSEI)**



**CERTIFICACIÓN DE CONDICIÓN MÉDICA Y/O IMPEDIMENTOS**

Certifico que \_\_\_\_\_  
(Nombre del estudiante)

Tiene la siguiente condición o impedimentos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Esta condición o impedimentos fue diagnosticada el \_\_\_\_\_  
día/mes/año

y recibe servicios en nuestra oficina desde \_\_\_\_\_  
día/mes/año

Debido a esta condición presenta las siguientes limitaciones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si ingiere medicamentos por su condición, indique cual:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por lo que se recomienda (indique los acomodos razonables):

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del médico especialista o consejero/a

\_\_\_\_\_  
Firma del médico especialista o consejero/a

\_\_\_\_\_  
Especialidad

\_\_\_\_\_  
Número de licencia del profesional

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Dirección y teléfonos de la oficina