



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

La condición es: ____ Permanente ____ Temporera

Si la condición es temporera, indique el tiempo aproximado de duración: _____

Debido a esta condición presenta las siguientes limitaciones:

Si ingiere medicamentos por su condición, indique cual:

Indique los acomodados razonables recomendados:

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