

CERTIFICACIÓN

Este documento es para uso exclusivo de la Administración de la Facultad de Derecho de la Universidad Interamericana de Puerto Rico con el propósito de coordinar posibles servicios a estudiantes que soliciten acomodo razonable. La información que aquí se presente será utilizada para evaluar la solicitud de acomodo razonable presentada por el o la estudiante, a tenor con lo dispuesto en la legislación protectora de las personas con impedimentos.

El profesional que suscriba este documento deberá ser el médico o terapeuta o consejero que ha tratado al estudiante por la condición para la cual solicita el acomodo. Este profesional no podrá ser pariente del estudiante dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo grado de afinidad. **Deberá estar disponible para suplementar la información ofrecida o aclarar dudas sobre su contenido, mediante consultas con el o la representante de la Facultad de Derecho.** La Facultad de Derecho de la Universidad Interamericana garantiza la confidencialidad de la información.

A. Identificación del Profesional que Certifica la Información.

1. Nombre del profesional: _____
2. Profesión/Especialidad: _____
3. Dirección de su oficina _____
y número de teléfono: _____
4. Años en el ejercicio de la profesión: _____
5. Número de licencia: _____

B. Información sobre el o la Estudiante

1. Nombre completo de la o el estudiante: _____
2. Indique el impedimento o condición que padece el o la estudiante. Especifique la manera en que la condición afecta o limita al menos una de las actividades principales del diario vivir.

3. Indique el diagnóstico o probable diagnóstico que pudiera estar relacionado con la condición. Cuando aplique, favor de incluir la codificación correspondiente a la condición.

4. Indique desde qué fecha ha atendido al estudiante para dicho impedimento o condición.

5. Indique los medicamentos, tratamiento o ayudas que utiliza regularmente el o la estudiante para atender su impedimento o condición.

6. Indique qué condiciones o circunstancias, si alguna, activan o agravan el impedimento o condición.

7. Indique el acomodo o acomodos que a su juicio profesional requiere la condición del estudiante. Al responder esta pregunta, sea lo más específico posible, particularmente si la condición se relaciona en un forma u otra a la demostración del conocimiento.

8. Explique la razón o razones por la(s) cual(es) él o ella necesita dicho acomodo.

9. Comentarios, si alguno.

Nota: El suscribiente declara que brindó tratamiento regular o de emergencia a este o esta estudiante por razón de su impedimento y que el diagnóstico que estableció está documentado y basado en evidencia clara indicativa del mismo. Además que posee las destrezas y los adiestramientos que lo capacitan para establecer dicho diagnóstico.

Fecha: _____ de _____ de _____

Firma: _____