

CERTIFICACION MEDICA PARA ACOMODO RAZONABLE
(Documento Confidencial)

Yo, _____, con ID de Estudiante numero ___-__-____, certifico que he recibido la orientación adecuada respecto a mis derechos y responsabilidades en relación con la solicitud de acomodo razonable y la confidencialidad de la información. Asimismo, autorizo la divulgación de la información necesaria a la Lcda. Ana Martinez, Consejero Profesional de Antillean Adventist University.

Firma del Estudiante

Fecha

Certificación Médica de Condiciones y Recomendaciones de Acomodo

Por la presente, certifico que _____, se encuentra en tratamiento médico debido el o los diagnósticos de: _____.

En virtud de esta condición, el paciente presenta las siguientes limitaciones o restricciones:

En base a lo anterior, se recomiendan los siguientes acomodados razonable:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Nombre del Médico Especialista

Núm. de Licencia

Firma del Médico Especialista

Fecha