UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO DE RÍO PIEDRAS
FACULTAD DE ESTUDIOS GENERALES
PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO AL ESTUDIANTE

CERTIFICACIÓN DE CONDICIÓN / DIAGNÓSTICO MÉDICO

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Condición del paciente:

_____

_____

_____

Recomendaciones para acomodo razonable:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Medicamentos de uso diario si aplica:

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____
Firma del MD Fecha

_____
Núm. de licencia

PATRONO CON IGUALDAD DE OPORTUNIDADES EN EL EMPLEO M/M/V/I

REV. 03-17-2023 GJH
PSAE