



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. 03-19-2026 GJH
PSAE