

**Universidad Interamericana de Puerto Rico**  
**NORMAS PARA SOLICITAR LOS SERVICIOS**  
**DE MODIFICACIÓN RAZONABLE**

1. Llenar la Solicitud de Modificación Razonable, disponible en la Oficina del(la) Coordinador(a) de Servicios a Estudiantes con Discapacidades. Todo estudiante que requiera los servicios de modificación razonable tiene que llenar una solicitud a la mayor brevedad posible.
2. Presentar evidencia médica **reciente** que incluya: **diagnóstico de la condición, descripción del nivel de funcionamiento, las necesidades de modificación y el tipo de modificación académica recomendada**. Las evaluaciones psicológicas o psiquiátricas deben ser recientes (3 años o menos). En esta tiene que aparecer el nombre, la dirección y el número de teléfono del profesional que la prepara. El documento, además de ser legible, debe tener el membrete del profesional que lo escribe.
3. Si el expediente no tiene la documentación médica requerida, pero el estudiante es beneficiario de los servicios del Programa de Rehabilitación Vocacional, puede traer una certificación del consejero. (Puede recoger el formulario en la Oficina del Coordinador de Servicios a Estudiantes con Discapacidades y entregarlo en la Oficina de Rehabilitación Vocacional).
4. La solicitud debe hacerse personalmente o con autorización **escrita y firmada por el estudiante, o su representante legal**.
5. El estudiante entregará copia de su matrícula oficial para **cada término** que solicita el servicio de modificación razonable. Si hubiese algún cambio en la matrícula durante el término académico, el estudiante debe notificarlo al Coordinador de Servicios a Estudiantes con Discapacidades.
6. Foto 2X2 y tarjeta de identificación de la UIPR.

## Universidad Interamericana de Puerto Rico SOLICITUD DE MODIFICACIÓN RAZONABLE

El servicio de ayuda a estudiantes con discapacidades tiene como objetivo proveer igualdad de oportunidades de estudio sin discriminar por razón de discapacidad física y/o mental. Si tiene alguna discapacidad y desea que se le considere, favor de informarlo en este documento.

Esta información debe ser suministrada **voluntariamente** y será tratada de forma **confidencial**.

Primer Apellido	Segundo Apellido

Nombre	Inicial	Número de Identificación

Recinto	Fecha de nacimiento	Género
	Femenino	Masculino

Concentración

--

Tipo de Estudiante

Regular	AVANCE	Certificado Técnicos	Servicios Educativos	Graduado	Otros:

Fecha de inicio de estudios

Años de estudios

	1 año	2 año	3 año	4 año	5 año o más

Dirección Postal


Ciudad	País	Zona Postal

Dirección Residencial si es diferente a la Postal

--

Ciudad	País	Zona Postal

Teléfono Residencial

Celular

--	--	--

Correo Electrónico

--

Correo Electrónico Adicional

--

¿Se hospeda?	Sí	No	Lugar:
--------------	----	----	--------

Persona a notificar en caso de emergencia:
--

Relación familiar:	Teléfono:
--------------------	-----------

Beneficiario Vocacional:	Sí	No	Nombre del consejero:
--------------------------	----	----	-----------------------

Teléfono:
-----------

Marque las discapacidades que tiene:

Dificultad auditiva	Problemas del habla
Sordera	Problemas de aprendizaje
Psiquiátricos / emocionales	Otros:
Ceguera	Especifique:
Ciego Legal	
Problemas de movilidad	

Ha recibido o solicitado modificación razonable en otra institución educativa anteriormente: \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Servicios Recomendados:

___ Tiempo Adicional	___ Lector
___ Anotador	___ Métodos Alternos de Evaluación
___ Intérprete de Señas	___ Asistencia Tecnológica
___ Asiento Preferencial	___ Otro:

El estudiante es responsable de presentarle a la Universidad Interamericana de Puerto Rico todos los documentos necesarios para procesar la Solicitud de Modificación Razonable.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Estudiante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

*Continuación Certificación Médica para Modificación Razonable*

por lo cual se **recomienda** (especifique las modificaciones razonables):

**Académicas:**


**No Académicas:**


Nombre (letra de molde) del Profesional Cualificado

Firma

Dirección

Número de Licencia

Teléfono

Fecha

**Universidad Interamericana de Puerto Rico**  
**CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD PARA MODIFICACIÓN RAZONABLE**  
**DOCUMENTO CONFIDENCIAL**

Yo \_\_\_\_\_ con número de identificación \_\_\_\_\_, certifico que he sido orientado debidamente sobre mis derechos y responsabilidades con relación a la Solicitud de Modificación Razonable y a la confidencialidad de la información. Autorizo a que se divulgue la información requerida a \_\_\_\_\_ Coordinador de Servicios a Estudiantes con Discapacidades de la Universidad Interamericana de Puerto Rico, Recinto de \_\_\_\_\_.

Firma del estudiante

\_\_\_\_\_

**Condición y/o Discapacidades**

Por la presente certifico que \_\_\_\_\_, con el número de identificación personal \_\_\_\_\_ tiene la siguiente condición o discapacidades:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

y debido a esta condición presente las siguientes limitaciones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Continuación Certificación Médica para Modificación Razonable**

Por lo cual se recomienda (especifique las modificaciones razonables)

Académicas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

No Académicas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre (letra de molde) del Profesional Cualificado	Firma
Dirección	Número de Licencia
Teléfono	Fecha

**Universidad Interamericana de Puerto Rico**  
**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN**

**PRÓPOSITO:** Obtener el consentimiento del estudiante para brindar información de su condición o condiciones al profesor o profesores de sus cursos en el Recinto de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Firma del Estudiante

Fecha

Doy mi consentimiento para que \_\_\_\_\_:  **Divulgue**  **NO Divulgue** a los profesores y/o personal de la Institución que lo amerite, la información en cuanto a mi condición física, mental o emocional, diagnóstico y tratamiento, que he recibido debido a mi condición de salud.

Certifico que fui orientado sobre el alcance de esta autorización y relevo a \_\_\_\_\_, Coordinador(a) Servicios a Estudiantes con Discapacidades y al personal del Centro de Orientación y Consejería de toda responsabilidad relacionada con esta autorización.

***Esta autorización es válida hasta la consecución de mi meta académica.***

\_\_\_\_\_

Firma del Estudiante

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Coordinador de Servicios a Estudiantes  
con Discapacidades

\_\_\_\_\_

Fecha

**Universidad Interamericana de Puerto Rico**  
**CERTIFICACIÓN DE MODIFICACIÓN RAZONABLE**  
 (Notificación a Facultad)

Recinto \_\_\_\_\_ Término Académico: \_\_\_\_\_

La Universidad Interamericana de Puerto Rico cumple con las disposiciones de la LEY ADA, Sección 504 que establece que todo estudiante cualificado reciba la modificación razonable concernida. A tales efectos y basado en la evidencia médica sometida, se le incluyen las modificaciones requeridas para facilitar y propiciar la modificación razonable del estudiante, en los cursos en los que está matriculado este semestre.

1. Información del Estudiante

Primer Apellido	Segundo Apellido	
Nombre	Inicial	Número de Identificación

2. **Acomodos para la Modificación Razonable en el Salón de Clases:**

- Tiempo y medio adicional para completar los trabajos en clase, exámenes y pruebas cortas.
- Información - en formato accesible.
- Lector  Tutoría  Intérprete lenguaje de señas  Amanuenses  Otros \_\_\_\_\_
- Uso de grabadora, calculadora u otro equipo de Asistencia Tecnológica requerido.
- Ubicación preferencial en el salón de clases.
- Uso de mesa portátil ajustable ubicada en el salón y mobiliario apropiado.
- Material escrito (Letra agrandada si la discapacidad lo requiere).
- Ponerse de pie con frecuencia.
- Instrucciones específicas e individualizadas.
- Articular con claridad y hablar de frente al estudiante.
- Métodos alternos de evaluación (examen con un número menor de alternativas, dividir examen en dos partes, oral, trabajos que reflejen la destreza, etcétera.)

Nombre del Profesor	Materia del Curso	Sección	Firma del Profesor	Fecha

NOTA: \_\_\_\_\_ PROFESOR, FAVOR DE COMUNICARSE CON EL COORDINADOR DE SERVICIO A ESTUDIANTES CON DISCAPACIDADES

\_\_\_\_\_  
 Coordinador de Servicios a Estudiantes  
 con Discapacidades

\_\_\_\_\_  
 Fecha

**Universidad Interamericana de Puerto Rico**  
**SOLICITUD DE RENOVACIÓN PARA MODIFICACIÓN RAZONABLE**

Recinto \_\_\_\_\_ Término Académico: \_\_\_\_\_

Esta solicitud se cumplimentará para cada término.

Primer Apellido

Segundo Apellido

--

Nombre

Inicial

Número de Identificación

--	--	--

Dirección Postal


Ciudad

País

Zona Postal

--	--	--

Dirección Residencial si es diferente a la Postal

--

Ciudad

País

Zona Postal

--	--	--

Teléfono Residencial: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Concentración: \_\_\_\_\_

Años de estudio	__1 año	__2 año	__3 año	__4 año	__5 año o más
-----------------	---------	---------	---------	---------	---------------

**Continuación - Solicitud de Renovación para Modificación Razonable**

Servicio que solicita:

Amanuenses

Tiempo adicional para exámenes

Asiento al frente del salón

Uso de grabadora

Otros: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Comentarios: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha