



Oficia de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud
Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico

SOLICITUD PARA ACOMODO RAZONABLE

| | | |
|-----------------------|--|--|
| Nombre | | |
| | <i>Apellidos, Nombre [en letra de molde]</i> | |
| <i>Núm. Candidato</i> | <i>Examen que solicita</i> <input type="checkbox"/> <i>Reválida de PR</i> <input type="checkbox"/> <i>EPPP/ECAELP</i> | |

La evidencia médica tiene que ser del profesional de la salud que está tratando al candidato por la condición para la cual solicita acomodo. Este profesional no podrá ser exprofesor o pariente del candidato 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 la Junta Examinadora. La Junta garantiza la confidencialidad de la información.

El examen de reválida consta de 125 preguntas de selección de la mejor respuesta y se administra en un periodo de 2 horas y media sin periodo de descanso. A esto se le añade una hora de instrucciones.

PARTE I – Esta parte tiene que ser completada por el profesional (médico o psicólogo) que atiende al candidato para la condición para la cual solicita acomodo.

| INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL QUE CERTIFICA LA INFORMACIÓN | |
|--|---|
| Nombre del profesional | |
| Profesión | <input type="checkbox"/> Médico Especialidad: |
| | <input type="checkbox"/> Psicólogo Área de Práctica: |
| Número de Licencia | Años Ejerciendo la Profesión: |
| Número de Teléfono | |
| Dirección de su oficina profesional | |
| | |

| Marque tipo de condición | Especifique diagnóstico relacionado con la condición médica dentro de la categoría seleccionada |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sensorial (visual, auditivo) | |
| <input type="checkbox"/> De aprendizaje | |
| <input type="checkbox"/> Física | |

| Marque tipo de condición | Especifique diagnóstico relacionado con la condición médica dentro de la categoría seleccionada |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Psicológica | |
| <input type="checkbox"/> Otra condición (especifique) | |

¿Cuándo fue diagnosticada la condición por primera vez? (fecha) _____

Fecha más reciente de la evaluación por un profesional: _____

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

Indique los medicamentos, tratamientos o ayudas que utiliza regularmente el candidato para atender su impedimento o condición.

Indique en qué condiciones o circunstancias, si alguna, activan o agravan el impedimento o condición del candidato.

Indique el acomodo o ayuda especial, a su juicio profesional, el candidato necesita para tomar el examen de reválida.

| Tipo de Acomodo solicitado | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 hora adicional | <input type="checkbox"/> examen con letra grande |
| <input type="checkbox"/> merienda | <input type="checkbox"/> lector |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique) | |

Explique la razón o razones por las que el candidato necesita dicho acomodo o ayuda especial.

Certificación del Profesional de la Salud

Declaro bajo pena de perjurio que brindo tratamiento regular o de emergencia a este candidato por razón de su impedimento y que el diagnóstico que aquí se indica está documentado y basado en evidencia clara indicativa del mismo, relativa con el resto de la población. Además, afirmo que poseo las destrezas y los adiestramientos que me capacitan para establecer dicho diagnóstico.

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha _____

PARTE II – Tiene que ser completada por el candidato

Indique si recibió acomodo especial de acuerdo a la condición antes mencionada, en la universidad donde estudió. Provea información específica y evidencia de la institución que indique fecha en que se proveyó el acomodo, razones y tipo de acomodo que le fue concedido.

Certificación firmada por el Candidato

Certifico que la información provista es cierta a mi mejor conocimiento. Reconozco y estoy de acuerdo en que la información incluida en esta solicitud será utilizada con el propósito de evaluar mi elegibilidad para acomodo especial durante el examen de reválida. En caso en que esta información no sea suficiente, autorizo a la Junta a contactar al profesional que suscribe esta solicitud. De igual modo, autorizo a este profesional a proveer la información que requiera la Junta.

Reconozco además que la Junta se reserva el derecho de hacer una determinación final en cuanto a si un acomodo especial es apropiado y justificado. También reconozco que la Junta podrá retener o cancelar mis resultados si se determina, después del hecho de que, en opinión de la Junta, que cualquier información presentada en esta solicitud o en los documentos provistos son falsos o deliberadamente engañosos.

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha _____

| ACCIÓN DE LA JUNTA | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> APROBADA | <input type="checkbox"/> DENEGADA |
| Fecha: _____ | |
| OBSERVACIONES: | |
| | |
| FIRMAS | |
| Presidente | |
| Vicepresidente | |
| Miembro | |
| Miembro | |
| Miembro | |