



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

División de Licenciamiento de Médicos y
Profesionales de la Salud

Junta Examinadora de Educadores en Salud

SOLICITUD DE ACOMODO RAZONABLE PARA EXAMEN DE REVÁLIDA EDUCADORES EN SALUD

Apellidos, Nombre, Inicial [en letra de molde]

Examen que solicita:

☐ *Bachillerato*

☐ *Maestría*

INSTRUCCIONES:

1. Este formulario debe ser completado en **todas** sus partes (Páginas 1 a 4) por el candidato y profesional de la salud cualificado. Se requiere en el encasillado provisto, el nombre en letra de molde, firma y número de licencia del profesional de la salud cualificado. Igualmente, se requiere la firma del candidato.
2. Luego de ser completado, este formulario y la documentación relacionada deben ser cargados en el portal en línea de Didaxis (MICUENTA) en o antes de la fecha límite para radicar solicitudes y documentos en la convocatoria de examen vigente. **No se procesarán solicitudes incompletas y recibidas luego de la fecha límite para radicar en la convocatoria vigente.** Refiérase al calendario de exámenes en la página web <https://didaxispr.com> para conocer las fechas de radicación para las convocatorias vigentes.
3. Para instrucciones e información completa sobre el proceso de Solicitud de Acomodo Razonable según la ley ADA, visite la página web en la dirección: <https://didaxis.com/ada-ar/>
4. La evidencia médica tiene que ser del **profesional de la salud cualificado que está tratando al candidato por la condición para la cual solicita acomodo.** El 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 y/o Didaxis. Didaxis y la Junta Examinadora garantizan la confidencialidad de la información.

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

INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL QUE CERTIFICA LA INFORMACIÓN

Nombre del profesional:

Profesión:

☐ Médico

Especialidad:

☐ 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.

☐ Sensorial (visual, auditivo)

☐ De aprendizaje

☐ Física

☐ Psicológica

☐ ADHD

☐ Otra condición (especifique)

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

Fecha más reciente de evaluación: _____

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

Indique 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, que el candidato necesita para tomar el examen de reválida.

Tipo de Acomodo Solicitado

- | | |
|---|--|
| ☐ 30 min adicional | ☐ examen con letra a ____ ptos. |
| ☐ 1 hora adicional | ☐ Asiento preferencial |
| ☐ Tiempo y medio | |
| ☐ ____ Pausas frecuentes de ____ minutos | |
|
 | |
| ☐ permitir merienda | ☐ lector |
| | ☐ Interprete de lenguaje de señas |
|
 | |
| ☐ Otro (especifique) | |

Indique de qué forma la discapacidad afecta la capacidad del candidato para tomar pruebas estandarizadas.

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. Además, afirmo que poseo la preparación académica, destrezas y entrenamientos que me capacitan para establecer dicho diagnóstico.

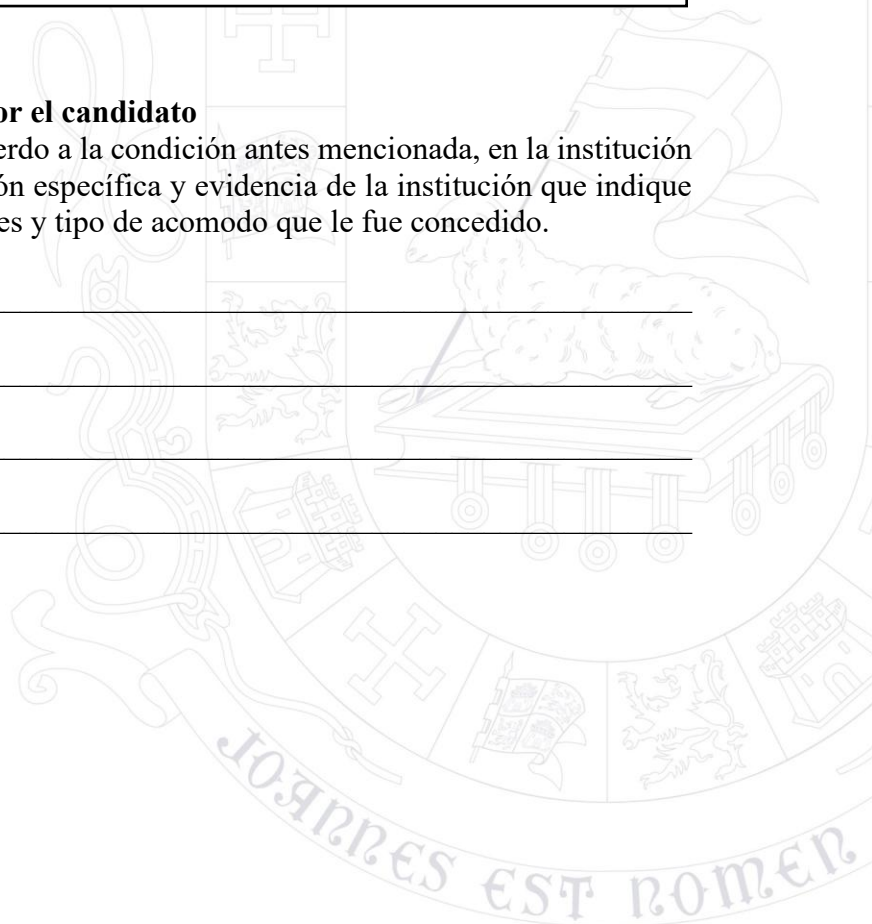
Nombre en letra de molde _____

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 institución educativa 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 Didaxis y la Junta se reservan 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

☐ APROBADA

☐ DENEGADA

Fecha:

OBSERVACIONES:

Presidente:

Miembro:

Miembro:

Miembro:

Miembro:

FIRMAS

ACCIÓN DE DIDAXIS

☐ APROBADA

☐ DENEGADA

Fecha:

OBSERVACIONES:

EVALUADORES DE DIDAXIS

Nombre y Firma

Título

