



Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos en Imágenes de Diagnóstico y Tecnólogos en Radioterapia de Puerto Rico

SOLICITUD PARA ACOMODO RAZONABLE

Fecha de Radicación: _____

Nombre:

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre	Inicial
------------------	------------------	--------	---------

Dirección _____ postal: _____

Núm. _____ Teléfono: _____/_____, Correo electrónico: _____

Examen que solicita:

Tecnólogos Radiológicos Tecnólogos en Radioterapia Sonografía Física

Sonografía Cardíaco Sonografía Diagnostico General Sonografía Vascolar

Densitometría Ósea Mamografía Resonancia Magnética (MRI)

Sistema Cardiovascular/ Periferovascular (Angiografía) Tomografía Computarizada (CT)

La evidencia médica sometida junto con esta solicitud debe ser del profesional de la salud que está tratando al aspirante por la condición para la cual solicita acomodo. Este profesional deberá estar disponible para suplementar la información ofrecida o aclarar dudas sobre su contenido mediante consultas con la Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos. De ser aprobada esta solicitud, la información aquí suministrada será sometida a la Compañía Didaxis. La misma garantiza la confidencialidad de la información.

PARTE I – Esta parte tiene que ser completada, en letra de molde, por el profesional de la salud que atiende al aspirante por 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	

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	
<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 aspirante 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, se activa o agrava el impedimento o condición del aspirante.

Indique el acomodo o ayuda especial que, a su juicio profesional, el aspirante necesita para tomar el examen de reválida. De recomendarse un equipo especifique el mismo. Este no debe contener acceso a cámara, grabación e internet.

Explique la razón o razones por las que el aspirante 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 aspirante por razón de su discapacidad 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 del profesional

Firma

Fecha _____

Numero de Licencia Profesional

FIRMAS ORIGINALES (NO IMPRESAS)

PARTE II – Tiene que ser completada por el aspirante

Certificación firmada por el Aspirante

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 de 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 del aspirante

Firma

Fecha _____

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