



Escuela de Artes Plásticas de Puerto Rico  
P.O Box 9021112  
San Juan, Puerto Rico 00902-1112  
Oficina de Recursos Humanos Y Relaciones Laborales

Anejo III

### CERTIFICACIÓN MÉDICA

Nombre: \_\_\_\_\_ Puesto: \_\_\_\_\_

Decanato u oficina: \_\_\_\_\_ Área de trabajo: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Condición de Salud del Empleado(a):

---

---

---

---

Trabajo o funciones que el empleado(a) no puede realizar de acuerdo a su condición de salud:

---

---

---

---

Si el empleado necesita algún equipo asistido, por favor incluya especificaciones:

---

---

---

---

Otra información que permita hacer la(s) decisión(es) sobre el acomodo más adecuado(s):

---

---

---

---

Tipo de condición:        ( ) Permanente                      ( ) Temporera

Si es temporera, estime el tiempo: \_\_\_\_\_

Recomendaciones:

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

(Nota de ser necesario utilice hojas adicionales)

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_      Firma: \_\_\_\_\_

Número de Licencia: \_\_\_\_\_      Especialidad: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_                      Fax: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_