



Escuela de Artes Plásticas de Puerto Rico  
P.O Box 902112  
San Juan, Puerto Rico 00902-1112  
Oficina de Recursos Humanos Y Relaciones Laborales

Anejo II

### AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR INFORMACIÓN MÉDICA

Yo, \_\_\_\_\_, con Número de Seguro Social \_\_\_\_\_,  
autorizo a \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (puesto que ocupa) a  
solicitar y obtener toda la información médica necesaria, tanto de médicos  
particulares como del Fondo del Seguro del Estado. La misma se utilizará para  
evaluar si la condición o impedimento cumple con los requerimientos de la  
"Americans With Disabilities Act" (ADA), para conceder acomodo razonable.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Esta autorización estará vigente por el siguiente término: \_\_\_\_\_