



Requestor Information - Información del Solicitante

ID: Fecha Requerida:

Nombre:

Apellido 1er Nombre Inicial 2do Nombre

Afiliación con UCF:

Profesorado Personal Solicitante Otro

Teléfono Primario: Teléfono Alternativo:

Email: Título laboral:

College/División: Departamento:

Coordinator/Supervisor:

Dirección del centro universitario:

Ley antidiscriminatoria sobre Información genética, the Genetic Information Nondiscrimination Act of 2009 (GINA) (siglas en inglés), prohíbe a los empleadores y otras entidades cubiertas por GINA Title II, de solicitar o requerir información genética de un individuo o de un miembro de familia del individuo, excepto que haya sido autorizado específicamente por esta ley. Para cumplir con esta ley, le pedimos que no provea ninguna información genética al responder a esta información médica. La información genética, Genetic Information, tal y como ha sido definida por GINA (siglas en inglés), incluye el historial médico familiar del individuo, los resultados de las pruebas genéticas de un individuo o miembro de la familia, el hecho de que un individuo o un miembro de la familia del individuo, buscó o recibió servicios genéticos, e información genética de un feto llevado por un individuo o miembro de la familia del individuo, o un embrión legalmente en manos de un individuo o un miembro de la familia recibiendo servicios de asistencia reproductiva.

- 1. Identifique los impedimentos físicos o no físicos, por los cuales Ud. se encuentra requiriendo acomodaciones, y la duración de tal impedimento. Incluya el diagnóstico más reciente.

2. Explique cómo los impedimentos listados anteriormente, afectan su habilidad de desempeñar las funciones esenciales de su posición laboral o de gozar de los beneficios/privilegios de su empleo. Si Ud. es un empleado nuevo, indique las dificultades que Ud. anticipa para poder completar su trabajo, o de gozar de privilegios y beneficios laborales de forma equitativa. Sea lo más específico posible mencionando las asignaciones que Ud. considere difíciles de desempeñar.

3. Enumere las acomodaciones requeridas, las cuales le permitirán elaborar sus asignaciones, o gozar de los beneficios/privilegios laborales equitativamente. (Empleados no pertenecientes al profesorado: por favor adjunte su descripción de trabajo a la certificación de discapacidad del proveedor).

Si no se encuentra seguro del tipo de acomodaciones necesitadas, tiene Ud. alguna sugerencia que nosotros podamos explorar?

Si

No

Si la respuesta es Sí, por favor explique:

¿Es su acomodación inmediata?

Si

No

Si la respuesta es Sí, por favor explique:

4. Por favor provéanos cualquier información adicional que nos pueda ayudar a procesar su pedido.

5. Verificación médica de los impedimentos (marque las cajitas apropiadas):

He adjuntado los documentos médicos aplicables con este pedido.

NO he adjuntado los documentos médicos aplicables con este pedido. Explique aquí debajo:

\*\* Yo considero que ya he entregado suficiente información médica a:

Nombre

Título laboral

Contacto

La discapacidad y la necesidad de acomodación razonable es obvia y por tal razón no se necesita documentación médica. Explique aquí debajo.

\*\*Por ejemplo: si Ud. ya ha requerido ausencia médica "FMLA" (siglas en inglés) por el mismo impedimento, el formulario llamado "Certification of Health Care Provider for employees of serious health conditions" podría ser suficiente.

**Divulgación de Información:** por el presente certifico que las declaraciones elaboradas anteriormente, son correctas y verdaderas, a mi saber y entender. Yo autorizo la divulgación de la información, arriba mencionada, a la Universidad de la Florida Central, con el propósito de determinar si yo cualifico para la discapacidad y pertinencia de este pedido de acomodación racional. Yo entiendo que es mi responsabilidad de completar el formulario de exoneración médica "Medical Release Statement" y de suministrar el formulario llamado "Provider Certification of Disability", si fuera requerido, al departamento de "EOAA" (siglas en inglés) de la Universidad de la Florida Central, para que mi pedido se evalúe. Además, autorizo a la Universidad de la Florida Central, de obtener clarificación de este documento y del formulario "Provider Certification of Disability", si fuera necesario, contactando a mi médico o proveedor médico(s).

Firma del Solicitante

Fecha

**\*\* Por favor envíe este formulario ya completado a:**

Office of Institutional Equity  
University of Central Florida  
12701 Scholarship Drive, Suite 101 (Building 81) Orlando,  
Florida 32816-0030  
Fax: (407) 882-9009 or Email: oie@ucf.edu



# UNIVERSITY OF CENTRAL FLORIDA

Office of Institutional Equity

## Medical Information Request Form – Healthcare Provider

Formulario de Información Médica - Médico Proveedor

Nombre:

*Apellido*

*1er Nombre*

*Inicial 2do Nombre*

ID:

Afiliación con UCF:

Profesorado

Personal

Solicitante

Otro

Teléfono primario:

Teléfono alterno:

Email:

Título laboral:

Nombre del médico proveedor:

Teléfono de médico proveedor:

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente, autorizo al médico mencionado anteriormente, a que complete este formulario, y a divulgar la información relacionada con mi cuidado médico, tales como: el diagnóstico(s) o condiciones relevantes, planes de tratamiento(s), mi habilidad de desempeñar mis labores, recomendaciones, historial médico, reportes y correspondencia, con la Universidad de la Florida Central, y a sus representantes autorizados.

Yo entiendo que podría ser necesario, que los representantes de la Universidad, compartan esta información con el propósito de establecer acomodaciones por esta discapacidad. Yo autorizo a la universidad de compartir esta información con el personal y los representantes autorizados, en la medida necesaria, y para determinar si una acomodación es factible para el proceso de acomodación.

Esta autorización es válida, mientras dure el proceso de solicitud de acomodación de la oficina de Institutional Equity. Sin embargo, yo entiendo que puedo revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento excepto al grado de acción ya tomada, basada en la autorización original. También entiendo, que el proveedor medico arriba mencionado, no determinará tratamiento o pagos basado en la recepción de esta autorización firmada.

Firma del Solicitante

Fecha

**NO ENTREGUE ESTE FORMULARIO AL SUPERVISOR DE SU DEPARTAMENTO**

**\*\* Por favor envíe todas las porciones, ya completadas de este formulario, pertenecientes al proveedor medico a:**

Office of Institutional Equity University of Central Florida  
12701 Scholarship Drive, Suite 101 (Building 81)  
Orlando, Florida 32816-0030  
Fax: (407) 882-9009 or Email: oie@ucf.edu