



Universidad Interamericana de Puerto Rico  
SERVICIOS A ESTUDIANTES CON IMPEDIMENTOS

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACION**

**PROPÓSITO:** Obtener el consentimiento del estudiante para brindar información de su condición o condiciones al profesor o profesores de sus cursos en el Recinto de \_\_\_\_\_.

Nombre del Estudiante  
(Escriba nombre completo)

Número de Estudiante

Doy mi consentimiento para que: **Héctor Martínez**:  Divulgue  No Divulgue a los profesores y/o personal de la institución que lo amerite, la información en cuanto a mi condición física, mental o emocional, diagnóstico y tratamiento, que he recibido debido a mi condición de salud.

Certifico que fui orientado sobre el alcance de esta autorización y relevo a: **Héctor Martínez**, Coordinador (a) de Servicios a Estudiantes con Impedimentos y al personal del Centro de Orientación y Consejería de toda responsabilidad relacionada con esta autorización.

**Esta autorización es válida hasta la consecución de mi meta académica.**

Firma del Estudiante

Fecha

*Héctor Martínez*

Coordinador de Servicios a Estudiantes con  
Impedimentos

Fecha