



Rev. septiembre 2019

## **Autorización para Solicitar Información Médica**

Yo, \_\_\_\_\_, con número de seguro social XXX-XX-\_\_\_\_\_, autorizo a Yesenia Quiñones Cruz, Oficial EEO y Coordinadora Comité Acomodo Razonable, 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 *American with Disabilities Act (ADA)* para un acomodo razonable.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

