



UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS

FORMULARIO DE QUEJA/QUERRELLA POR VIOLACIÓN AL TÍTULO IX

El Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico no discrimina en sus ofrecimientos académicos u oportunidades de empleo por razón de sexo, raza, color, edad, origen nacional, por ideas políticas o religiosas, género, preferencia sexual, origen étnico, o por ser víctima o ser percibida como víctima de violencia doméstica, agresión sexual o acecho o por ser militar, exmilitar, servir o haber servido en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos o por ostentar la condición de veterano, incapacidad o cualquier otra categoría protegida por ley. Esta política cumple con las leyes y los estatutos gubernamentales, que incluyen la Ley Federal de Rehabilitación de 1973, Título IX, según enmendada y la Ley ADA (Americans with Disabilities Act) de 1992. El Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico es un patrono con igualdad de oportunidades en el empleo M/M/V/I.

IMPORTANTE: La presentación intencional de una denuncia falsa es un comportamiento deshonesto en un intento de dañar a otra persona y es una violación de las políticas de la Universidad. Un miembro de la comunidad académica que presente una denuncia falsa puede ser sometido a medidas disciplinarias y sanciones o que pueden incluir la terminación del empleo o, en el caso de un estudiante la expulsión del RCM (*“Reglamento General de la Universidad de Puerto Rico, Artículo 35, Sección 35.2.16, 16 de febrero de 2002, según enmendado hasta el 10 de diciembre del 2006; Reglamento General de Estudiantes de la Universidad de Puerto Rico.*

Iniciales de persona que somete la queja: _____

Una versión en línea de este formulario, que puede ser presentado electrónicamente enviándolo a tituloix_confidencial.rcm@upr.edu, el cual se puede encontrar en: <http://www.rcm.upr.edu/en/start/>

Instrucciones:

Esta hoja deberá llenarse en todas sus partes como parte del proceso de reportar una queja de discriminación por sexo a la Coordinadora de Título IX del Recinto de Ciencias Médicas. La información contenida en la misma será mantenida CONFIDENCIAL por parte de todos/as involucrados en el proceso de referido. La Coordinadora de Título IX la mantendrá como parte del expediente guardada bajo llave según dispuesto por la ley. De ser necesario puede utilizar hojas adicionales.



UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS

I. Información de la persona que presenta la queja:

___ Estudiante ___ Empleado ___ Visitante

1. Nombre completo: _____

2. Dirección:

3. Teléfono: _____ Celular: _____ Otro: _____

4. Dirección de correo electrónico: _____

5. Nombre de la persona u oficina/unidad/departamento contra quien se presenta la queja:

6. El Título IX prohíbe cualquier discriminación por razón de sexo. Por favor indique la base de su queja:

- Discrimen por razón de sexo
- Discrimen por razón de género
- Discrimen por no conformarse con las nociones estereotipadas de masculinidad o femineidad
- Hostigamiento sexual
- Violencia doméstica
- Violencia de pareja
- Agresión sexual
- Acecho
- Represalia por haber presentado una queja o afirmado sus derechos (especificar)

- Investigación de seguimiento



UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS

7. Describa cada alegado acto discriminatorio. Para cada acción, por favor incluya la/s fecha/s en la que ocurrió el acto discriminatorio, el/los nombre/s de cada persona/s (s) que participan y, la razón que usted atribuye a la discriminación: sexo, orientación sexual, identidad de género, falta de conformidad con las nociones estereotipadas de femineidad y masculinidad. También proporcione el/los nombre/s de cualquier persona/s que fuese testigo del acto/s discriminatorio.

8. ¿Cuál es la fecha más reciente en la que fue discriminado/a o discriminado/a?

9. ¿Usted ha intentado resolver estas acusaciones con la institución a través de un procedimiento interno de quejas, querrela o apelación?

SI

NO

10. Si su respuesta es sí, describa las alegaciones en su queja o querrela, identifique la fecha en que se presentó e informe el estatus procesal del caso si lo conoce. Provea copia de la documentación que tenga.

11. ¿Qué remedio busca? _____

Fecha: _____

Firma del Solicitante: _____



UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS

PARA USO OFICIAL EXCLUSIVAMENTE

- Visita Llamada telefónica Correo electrónico Otro

Asunto:

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sexo | <input type="checkbox"/> Hostigamiento sexual |
| <input type="checkbox"/> Orientación sexual | <input type="checkbox"/> Violencia doméstica |
| <input type="checkbox"/> Discrimen por no conformarse con las nociones estereotipadas de masculinidad o femineidad. | <input type="checkbox"/> Violencia de pareja |
| | <input type="checkbox"/> Agresión sexual |
| | <input type="checkbox"/> Acecho |

Acción tomada:

- Orientación Investigación Referido Tomar conocimiento

Estatus:

- Archivar Investigación Activa

Recomendaciones:



UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO/AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN
DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

El Recinto de Ciencias Médicas a través de la Coordinadora de Título IX tomará las medidas necesarias para garantizar que sólo tengan acceso a mi información aquellos componentes necesarios para proveerme apoyo, medidas de seguridad, acomodos y otros servicios solicitados. Libre y voluntariamente DOY MI CONSENTIMIENTO, para que se divulgue la información confidencial necesaria para brindar de forma efectiva los servicios requeridos o llevar a cabo las investigaciones requeridas.

- Autorizo
 No Autorizo

Al firmar este formulario, reconozco y estoy de acuerdo con las opciones seleccionadas, y que las mismas fueron tomadas de manera informada y voluntaria.

Fecha: _____

Nombre: _____

Firma: _____