



AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA  
ESTUDIANTES CASADOS, MAYOR DE 21 AÑOS Y/O EMANCIPADOS

Yo \_\_\_\_\_, bajo juramento declaro lo siguiente:  
Nombre

- 1- Que mi nombre es como queda dicho, soy mayor de edad, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_,  
estatus civil  
\_\_\_\_\_, vecino de \_\_\_\_\_,  
ocupación ciudad  
\_\_\_\_\_ y mi número de Seguro Social es  
país  
\_\_\_\_\_.

- 2- Que faculto al personal autorizado por el Honorable Secretario de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico en cualquier rama de la medicina y que provea sus servicios en los departamentos u oficinas de servicios médicos de los recintos y colegios de la Universidad de Puerto Rico a que me provean la atención medica que resulte necesaria a los fines de preservar la salud o reducir el daño o incapacidad que pueda surgir resultante de un estudiante o una enfermedad mientras curse estudios o practique algún deporte en las facilidades de este Recinto o cualquier otra facilidad no perteneciente y que diagnostique, trate, opere o practique aquellas medidas terapéuticas o correctivas que crean necesarias y que además administren los medicamentos y/o tratamientos que sean prescritos de conformidad con las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. De igual manera y de ser necesario, autorizo a ser transferido o referido a otros médicos y/o instituciones hospitalarias debidamente acreditadas por el Departamento de Salud del área.

Y PARA QUE ASÍ CONSTE, juro y suscribo la presente en \_\_\_\_\_,  
ciudad

\_\_\_\_\_, hoy \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.  
país

\_\_\_\_\_  
Firma de estudiante

\_\_\_\_\_  
Número de Estudiante

\_\_\_\_\_  
Núm. Seguro Social Estudiante