



AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA
ESTUDIANTES MENORES DE 21 AÑOS

Yo, _____, mayor de edad, _____,
Nombre del padre, madre o encargado Estatus civil
vecino/a de _____, Puerto Rico, en mi carácter de _____
pueblo padre, madre o encargado
por la presente:

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 preste sus servicios en los Departamentos u Oficinas de Servicios Médicos de los Recintos de la Universidad de Puerto Rico a que presten a mi hijo/a la atención medica que sea necesaria con el fin de preservar la salud o reducir el daño o incapacidad que pueda surgir a consecuencia de un accidente o una enfermedad mientras curse estudios o practique algún deporte en las facilidades de este Recinto o cualquier otra facilidad no perteneciente a los mismos y que diagnostique, trate, opere o practique aquellas medidas terapéuticas o correctivas que crean pertinentes y además administre los medicamentos y/o tratamientos que sean prescritos de conformidad con las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Autorizo a ser referido/a a otros médicos y/o instituciones hospitalarias debidamente acreditadas por el Departamento de Salud del área.

En _____, hoy día _____ de _____ de _____.

Firma del estudiante

Firma del padre, madre o encargado

Número de estudiante

Número de Seguro Social del padre o encargado

Número de Seguro Social del estudiante

AFFIDAVIT NÚMERO: _____

JURADO Y SUSCRITO ANTE MI por _____ de las
circunstancias personales antes expresadas, y a quien doy fe de conocer personalmente en
_____, Puerto Rico hoy día _____ de _____ de
_____.

SELLO Y FIRMA DEL NOTARIO