



Colegio de Ingeniería  
Decanato Asociado de Asuntos Académicos  
Recinto Universitario de Mayagüez  
PO Box 9000  
Mayagüez, Puerto Rico 00681-9000



---

**RELEVO DE RESPONSABILIDAD  
POR COSTOS DE GASTOS MEDICOS - ANEJO 5  
AÑO \_\_\_\_\_**

Yo \_\_\_\_\_, padre, madre o encargado/a de el/la  
(Nombre Completo padre, madre o encargado/a Letra Molde)  
joven \_\_\_\_\_,  
(Nombre Completo Participante Letra Molde)

Certifico que mi hijo/a \_\_\_\_\_ **posee** / \_\_\_\_\_ **no posee** un plan medico de salud.

De mi hijo/a **no poseer** un plan médico de salud, relevo de toda responsabilidad al Recinto Universitario de Mayagüez y a los organizadores del Programa de Pre-Ingeniería, por los costos de servicios médicos en los cuales pueda incurrir mi hijo/a en caso de requerir asistencia médica mas allá de la ofrecida por el Centro de Servicios Médicos del Recinto.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre o encargado/a

\_\_\_\_\_  
Fecha

Indicar con "X" la Sesión Asignada:

( \_\_\_\_\_Primera / \_\_\_\_\_Segunda Sesión)