UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO UNIVERSITARIO DE MAYAGUEZ
DECANATO DE ESTUDIANTES
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA

DECLARACIÓN JURADA

Estudiante: _____ Mayor de 21 años _____ Casado _____ Emancipado

Yo, _____, _____,
Nombre del estudiante status

y vecino (a) de _____, Puerto Rico, 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 y Colegios de la Universidad de Puerto Rico a que me presten la atención médica 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 del Recinto o Colegio o en cualquier otra facilidad no perteneciente a los mismos y que diagnostique, trate, opere o practique aquellas medidas terapéuticas 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 otros médicos y/o instituciones hospitalarias debidamente acreditadas por el Departamento de Salud del área, siguiendo las normas de privacidad establecidas.

En _____, hoy día _____ de _____ de _____.

_____ _____
Firma del estudiante Número de Seguro Social

_____
Número de estudiante