



**Estudios Graduados, Readmisión, Traslado Sistema UPR, Transferencias de otras Universidades, Estudiantes Internacionales, Intercambio, Permiso Especial y Mejoramiento Profesional, / AGOSTO 2026**

4 de enero de 2026.

**Estimado Estudiante:**

Bienvenido al *antes, ahora y siempre COLEGIO*. Una vez admitido a la UPRM, deberá cumplir con la **Certificación 23-24-145** emitida por la Junta Administrativa de la Universidad de la UPR. La misma establece que es obligatorio entregar una serie de documentos al Departamento de Servicios Médicos. El no cumplir con lo antes indicado afectará los procesos e impedirá que usted pueda acceder y pagar su matrícula a tiempo.

***Es importante que, según su clasificación de admisión, identifique cuales son los documentos que le aplican a usted.***

Los documentos, deben estar completados en todas sus partes (si algo no le aplica escriba N/A), asegúrese identificarlos con su nombre, dos apellidos y el número de estudiante que le fue asignado. Luego, deberá subirlos al portal de la UPR (<https://portal.upr.edu>) en el icono "Medical Documents" en formato pdf según el orden allí estipulado y de forma individual. ***La fecha límite para subir los documentos en la plataforma es el viernes, 5 de junio de 2026.***

Al acceder a la plataforma, deberá en primer lugar, completar la información sobre el plan médico. Si usted tiene un plan médico privado o de gobierno (vigente) y no interesarse acogerse a las alternativas del plan que ofrece la UPRM, deberá someter la información de su plan según le aplique. Se actualiza la información del plan médico todos los semestres previos a pagar su factura de matrícula. Luego de completar la información de su selección de plan médico, el portal le permitirá, en su 2da pestaña, acceder a la entrega de los documentos requeridos.

***No se aceptan documentos por ningún correo electrónico.*** En caso de no poder acceder al portal, puede traerlos de forma presencial, depositarlos en la urna localizada en las oficinas de la Guardia Universitaria (abierto 24/7) o enviarlos por correo postal.

Además, los siguientes tres (3) documentos originales, una vez sometidos por el portal, deben ser entregados personalmente o enviados por correo postal al Departamento de Servicios Médicos.


1. Certificación de vacunas Original (PVAC -3)
2. Copia de sus vacunas de COVID 19 o del Formulario de Exención a Vacunar, expedido por el Departamento de Salud de P.R.
3. Declaración Jurada Original Notariada (menores de 21 años) o el Consentimiento para Evaluación y Tratamiento Médico (mayores de 21 años)

Dirección: **Universidad de Puerto Rico Recinto de Mayagüez,  
Departamento de Servicios Médicos  
Call Box 9000  
Mayagüez P. R. 00681- 9000.**

Para mayor información puede acceder a <https://www.uprm.edu/serviciosmedicos/> o llamar al (787) 832-4040, ext. 3408 / 3416 (L-V de 8:00am -4:00pm).

Sin nada más al particular y deseándole el mayor éxito en su carrera universitaria

Cordialmente

  
Sra. Edna E. Acevedo Castro  
Directora Interina DSM UPRM

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO  
RECINTO MAYAGUEZ  
DEPARTAMENTO SERVICIOS MEDICOS

**LISTADO DOCUMENTOS A ENTREGAR, SEGÚN CLASIFICACION POR [portal.upr.edu](https://portal.upr.edu)**

(Certificación #24-25-087, Junta Administrativa RUM, 9 de diciembre de 2024)

**1. Estudiantes Nuevo Ingreso, Readmisión, Traslado Sistema UPR y Transferencia de otra Universidad**

- ☐ Historial Médico
- ☐ Prueba Tuberculina y/o Placa de Pecho (menos de un año)
- ☐ Certificado de Vacunas P-VAC-3 (Original) al día, con evidencia Vacuna Covid-19
- ☐ Declaración Jurada Notariada (menores de 21 años) o Consentimiento Evaluación (mayores de 21 años)
- ☐ Notificación Política de Privacidad (Ley Hipaa)
- ☐ Foto 2 x 2

**2. Estudiantes Estudios Graduados**

**A. Provenientes de otra universidad o sin estudiar en semestre previo a la admisión a escuela graduada**

- ☐ Historial Médico
- ☐ Prueba Tuberculina y/o Placa de Pecho (menos de un año)
- ☐ Certificado de Vacunas al día o Vacuna TD al día. Evidencia de Vacunas Covid-19
- ☐ Declaración Jurada Notariada (menores de 21 años) o Consentimiento Evaluación (mayores de 21 años)
- ☐ Notificación Política de Privacidad (Ley Hipaa)
- ☐ Foto 2 x 2

**B. Graduados del RUM en semestre anterior a la admisión**

- ☐ Refuerzo Vacuna TD, si tiene más de 10 años. Evidencia de Vacunas Covid-19
- ☐ Declaración Jurada Notariada (menores de 21 años) o Consentimiento Evaluación (mayores de 21 años)
- ☐ Notificación Política de Privacidad (Ley Hipaa)
- ☐ Foto 2 x 2

**3. Estudiantes Internacionales e Intercambio**

- ☐ Historial Médico
- ☐ Examen Médico
- ☐ Prueba Tuberculina y/o Placa de Pecho (menos de un año)
- ☐ VDRL (Serología) (menos de seis meses)
- ☐ Prueba Sangre Hepatitis B (menos de seis meses)
- ☐ Certificado de Vacunas al día o Vacuna TD al día. Evidencia de Vacunas Covid-19
- ☐ Declaración Jurada Notariada (menores de 21 años) o Consentimiento Evaluación (mayores de 21 años)
- ☐ Notificación Política de Privacidad (Ley Hipaa)
- ☐ Foto 2 x 2

**4. Estudiantes Permiso Especial y Transeúntes**

- ☐ Historial Médico
- ☐ Certificado de Vacunas P-VAC-3 (Copia del Original) y evidencia Vacuna Covid-19
- ☐ Declaración Jurada Notariada (menores de 21 años) o Consentimiento Evaluación (mayores 21 años)
- ☐ Notificación Política Privacidad (Ley Hipaa)
- ☐ Foto 2 x 2

**5. Estudiantes Mejoramiento Profesional y Certificación de Maestros\***

- ☐ Historial Médico
- ☐ Evidencia Vacuna TD (no más de 10 años de administrada) y evidencia vacunas Covid-19
- ☐ Declaración Jurada Notariada (menores de 21 años) o Consentimiento Evaluación (mayores 21 años)
- ☐ Notificación Política Privacidad (Ley Hipaa)
- ☐ Selección de Seguro Médico en pantalla "Health Insurance", o complete Formulario de Selección de Seguro

\*Esta clasificación **NO** permite acogerse al Plan Médico Estudiantil

- ☐ Foto 2 x 2

**PLANES MEDICOS: Completar pestaña (tab) de "HEALTH INSURANCE", según aplique.**

## DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MEDICOS UPRM/ HOJA DE COTEJO PARA USO PERSONAL

Utilice la siguiente lista para cotejo de los documentos requeridos, según haya completado.

*Recuerde que los tres (3) documentos marcados con \* debe subirlos en el portal y entregarlos en original al Departamento de Servicios Médicos*

1	<b>Historial Médico - Parte A:</b> a ser llenado por el estudiante (Debe estar firmado por el estudiante y el padre o tutor si es menor de 21 años)
2.	<b>Formulario Médico- Examen Físico- Parte B</b> (Completado por su médico)
3	<b>Tuberculina o lectura de Placa de Pecho</b> (no más de un año de realizada, atletas deben presentar ambos). En el caso que su prueba esté positiva presente evidencia de tratamiento médico
4	<b>VDRL</b> (no más de seis meses de realizada)
5	<b>Prueba en sangre - Hepatitis B Surface Antibodies Quantitative</b> (no más de seis meses de realizada)
6	<b>*Certificado de Inmunización-PVAC-3-Hoja Verde (original)</b> Que evidencie todas sus vacunas y actualizado según su edad. Mayores de 21 años deben tener una TD administrada vigente. <i>Si usted se administró vacunas contra COVID 19 presente copia de estas* o Documento de Exención de Vacunas del DS (este documento vence anual), si fuese su caso.</i>
7	<b>*Formulario de Autorización para Recibir Atención Médica</b> (Declaración Jurada) Menores de 21 años deben presentarla <b>notariada</b> y con <b>Sello de Asistencia Legal</b> .  <b>Mayores de 21 años someterán el Formulario de Consentimiento de Evaluación</b>
8	<b>Acuse de Recibo Notificación de Política Privacidad-Ley HIPAA</b> (firmada por el estudiante y padre o tutor)
9	<b>Selección Seguro Médico – Debe ser completada de forma virtual accediendo a:</b> <b>portal.uprm.edu, /“Medical Documents”/ “Health Insurance”.</b> En caso de usted seleccionar el Plan de la UPR, para información y costos del seguro médico universitario visite: <a href="https://www.uprm.edu/serviciosmedicos">https://www.uprm.edu/serviciosmedicos</a> . Le adjuntamos tabla con los precios de las diferentes cubiertas para referencia.
10	<b>Una fotografía 2x2</b> (de su rostro, oficial y de frente).

### IMPORTANTE:

- *Guardar copia de todos los documentos.*
- *Fecha límite para entregar documentos es el viernes, 5 de junio de 2026.*





**Universidad de Puerto Rico  
Recinto de Mayagüez  
Decanato de Estudiantes  
Departamento de Servicios Médicos**

**INFORMACIÓN PERSONAL, PACIENTE MENOR DE 21 AÑOS**

Nombre y apellidos: _____		Núm. Estudiante: _____
Fecha de nacimiento (D/M/A): _____		Edad: _____ Teléfono: _____
Estado civil: _____	Nombre y apellido del cónyuge: _____	<input type="checkbox"/> No aplica
<b>Información del padre, madre o tutor legal que cumplimenta el documento:</b>		
Nombre y apellidos: _____		Teléfono: _____ Relación: _____

**CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO AMBULATORIO**

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre, madre o tutor

Autorizamos al personal de los Departamentos u Oficinas de Servicios Médicos de los recintos de la Universidad de Puerto Rico, a que cuando la persona aquí designada como paciente acuda a solicitar servicios médicos se le realicen las evaluaciones, estudios diagnósticos, tratamientos médicos no urgentes y, en caso de emergencia médica, se le brinde el tratamiento médico que, a juicio clínico, sea necesario dentro de la práctica usual y prevaleciente de la medicina. Sabemos que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se nos ha ofrecido garantía sobre el resultado de los servicios de salud a recibir.

En caso de requerir servicios médicos fuera de los Departamentos u Oficinas de Servicios Médicos, se autoriza a que el/la paciente reciba las evaluaciones, estudios diagnósticos, servicios de emergencia y tratamientos no urgentes, según el estado de salud del paciente. En ello autorizamos que el paciente esté acompañado(a) por un representante de la institución universitaria.

Esta autorización será válida a partir de la firma y mientras el estudiante este cursando estudios en cualquiera de nuestros recintos. Certifico, que he leído y entiendo este consentimiento para recibir servicios de salud, y que toda la información suministrada es la verdad y se provee voluntariamente.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha (día/mes/año)

\_\_\_\_\_  
Hora

\*Requerido para pacientes menores de 21 años de edad, no emancipados. Los formularios de pacientes menores de edad emancipados o con firma del Tutor deberán estar acompañados de la evidencia acreditativa de su emancipación o asignación como Tutor, la cual deberá estar apostillada de ser emitida fuera de Puerto Rico.

Affidavit número: \_\_\_\_\_

Jurado y suscrito ante mí por \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_, mayores de edad, vecinos de \_\_\_\_\_, y \_\_\_\_\_ (relación) del menor de referencia, y a quienes DOY FE de haber identificado mediante \_\_\_\_\_. En \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, hoy \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

**SELLO Y FIRMA DEL NOTARIO**

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO  
RECINTO DE MAYAGUEZ  
DECANATO DE ESTUDIANTE  
**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS**



**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO  
ESTUDIANTES MAYORES DE 21 AÑOS**

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad (\_\_\_\_), \_\_\_\_\_,  
NOMBRE COMPLETO DEL ESTUDIANTE EDAD STATUS

y vecino (a) de \_\_\_\_\_, Puerto Rico, en mi carácter personal y como estudiante mayor de edad en plena capacidad física y mental de decidir, 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 al mismo 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 que sea referido a otros médicos y/o instituciones hospitalarias debidamente acreditadas por el Departamento de Salud del área, siguiendo las normas de privacidad establecidas.

-----

Para que así conste; firmo y autorizo hoy \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de  
202\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ Puerto Rico.

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Testigo (cualquier persona conocida)

XXX-XX-\_\_\_\_\_  
(4) Núm. Seg. Social del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Número de Estudiante





## NOTIFICACIÓN DE POLÍTICA DE PRIVACIDAD

---

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE UN RESUMEN DE CÓMO SU INFORMACIÓN DE SALUD PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA POR NUESTRO DEPARTAMENTO Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CON DETENIMIENTO. LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN ES MUY IMPORTANTE PARA NOSOTROS**

En el departamento de Servicios Médicos comprendemos que la información médica de nuestros pacientes es personal y confidencial, por lo cual estamos comprometidos a proteger y salvaguardar la privacidad y confidencialidad de dicha información, conforme a lo establecido bajo la ley HIPAA. Sólo utilizamos su información con el propósito de poder proveerle el tratamiento que usted necesite, al momento de su vista.

En adición, esta ley nos impide divulgar información acerca de usted, su salud, plan de tratamiento, y otros, a ninguna persona, sin previa autorización escrita de su parte.

Utilizamos su información sólo para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de departamento, o en casos particulares en los que lo exija la ley, donde no se requiere su permiso escrito como: Donación de órganos y tejidos, Miembros de la Fuerza Aérea, Compensación a trabajadores, Riesgos a la salud pública, Sospecha de abuso, Investigación al amparo de la ley, Cumplimiento de requerimientos legales, Jueces, Examinadores médicos, y directores de funerarias.

Se compartirá información de salud protegida con familiares y amigos, según sea necesario, para ayudarle a la prestación de servicios, solo si usted accede a ello. En caso de emergencia, estará en nuestra discreción, el uso y divulgación de su información.

### ALGUNOS DERECHOS DEL PACIENTE

*Inspección y copia:* Usted tiene derecho de revisar la información de salud que mantenemos en su expediente. De igual manera, puede solicitar copia del mismo. Esta solicitud debe hacerse por escrito, y tendrá un costo módico por el mismo.

*Registro de información divulgada:* Usted tiene derecho a solicitar un detalle del registro de divulgaciones que realizó nuestro departamento sobre su información médica. Esta solicitud debe hacerse por escrito.

*Restricciones Respecto a Información Solicitada o Divulgada:* Usted podrá requerir pedir restricciones o limitaciones adicionales al uso de su información médica. Esta solicitud debe hacerse por escrito, identificando la información específica y a qué personas quiere que se le aplique la restricción.

*Solicitud de confidencialidad en la comunicación:* Usted tiene derecho a solicitar que la comunicación entre usted y el profesional de la salud que lo atiende se llevó a cabo en un lugar adecuado, donde se preserve la privacidad y confidencialidad respecto a su información. También, puede expresar como y donde desea se le comunique con usted.

*Enmiendas:* Usted tiene derecho a solicitar enmiendas acerca de su información de salud. Esta solicitud debe hacerse por escrito. Esta enmienda puede ser denegada, después de evaluada, por lo que usted podría pedir una reconsideración.

*Procedimiento de Querellas:* Sí usted entiende que su derecho a la privacidad y confidencialidad respecto a su información médica ha sido violentado, puede presentar una querella donde detalle lo sucedido a la dirección de nuestro departamento. Usted no será penalizado por presentar una querella.

*Otros usos de la información médica:* Cualquier otro uso o divulgación de información médica del paciente que no esté cubierta por medio de esta notificación, así como tampoco cubierta o regulada por leyes, reglas y reglamentos federales y estatales aplicables, deberá sólo realizarse previa obtención escrita al efecto de parte del paciente.

De usted necesitar o interesar examinar más detalladamente nuestra **Política de privacidad**, puede solicitar la misma al Oficial de Privacidad o a la directora del Departamento de Servicios Médicos. Por favor, observe que, conforme a la legislación aplicable, nuestro departamento se reserva el derecho de revisar, modificar o enmendar la política y practica sobre uso y divulgación descrita en la notificación en cualquier momento.

**Para información del paciente, favor no devolver.**



## NOTIFICACIÓN DE LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD

### AUTORIZACIÓN DE USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

La Universidad de Puerto Rico y sus recintos, en cumplimiento a la ley federal, Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) del año 1996 y de conformidad al Artículo 11 de la ley Número 194, Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente, del año 2000, establece la orientación y el consentimiento sobre el uso y divulgación de la información de salud protegida de sus pacientes, previo a solicitar cualquier servicio de salud en las facilidades de los Servicios Médicos.

Como proveedores de servicios de salud, los Departamentos u Oficinas de Servicios Médicos (DSM/OSM) y todo su personal, tienen la obligación en ley, de proteger y asegurar la confidencialidad y privacidad de la información de salud de sus pacientes. La información protegida de salud incluye, pero no se limita a: historial médico, laboratorios, pruebas y exámenes diagnósticos, evaluación y tratamiento médico o psicológico, intervención de enfermería, síntomas y diagnósticos, así como cualquier información sobre cuidado médico y planes de salud.

La información de salud protegida será utilizada para: a) planificar su cuidado y tratamiento médico o psicológico, b) comunicación entre los profesionales de la salud que participen de su cuidado de salud, c) información para determinar un diagnóstico médico-quirúrgico, d) fines de facturación y auditorías de utilización de servicios por parte de su plan médico, e) auditoría de calidad y efectividad de los servicios, y, f) el cumplimiento de las leyes, reglamentos u órdenes administrativas emitidas por el Departamento de Salud de Puerto Rico.

Al firmar esta autorización, usted autoriza a los DSM/OSM, a través de su personal y socios, a utilizar su información de salud y divulgarla dentro de los parámetros permitidos por ley. La efectividad de este consentimiento está condicionada a solicitar y recibir servicios médicos de los DSM/OSM de los recintos universitarios adscritos a la Universidad de Puerto Rico y será válido mientras esté cursando sus estudios universitarios.

Certifico que he leído las disposiciones de esta autorización, que las entiendo, y que estoy de acuerdo con los términos y condiciones expresados en el mismo.

**Firma del Estudiante:**

---

**Nombre del Estudiante:**

---

**Número de Estudiante:**

---

**\*Firma del Padre o Tutor del Estudiante:**

---

**\*Nombre del Padre o Tutor del Estudiante:**

---

**Fecha:**

---



## INFORMACION SOBRE CUBIERTAS PLAN MEDICO UPR / TRIPLE S

### Costos Seguro de Salud de Plan Médico contratado con la Universidad de Puerto Rico Triple S Salud

Año Académico 2025-2026

**\*Costos sujetos a cambio\***

#### Alternativa A - Sólo cubre Medicamentos Genéricos con \$8.00 deducible

<i>Cubre medicamento de genérico con \$8.00 de deducible.</i>		<i>Cubre medicamento de genérico con \$8.00 de deducible.</i>	
Alternativa A: <b>INDIVIDUAL</b>		Alternativa A <b>FAMILIAR</b>	
Cubierta Básica con Farmacia	\$463.00	Cubierta Básica con Farmacia	\$1,032.00
Cubierta Básica con Farmacia y Mayor Medical	\$487.00	Cubierta Básica con Farmacia y Mayor Medical	\$1,088.00
Cubierta Básica con Farmacia y Dental	\$596.00	Cubierta Básica con Farmacia y Dental	\$1,264.00
Cubierta Básica con Farmacia, Dental y Mayor Medical	\$619.00	Cubierta Básica con Farmacia, Dental y Mayor Medical	\$1,320.00

#### Alternativa B – Cubre Medicamentos de Marca

<i>Cubre medicamento de marca y genérico con \$5.00 de deducible.</i>		<i>Cubre medicamento de marca y genérico con \$5.00 de deducible.</i>	
Alternativa B: <b>INDIVIDUAL</b>		Alternativa B <b>FAMILIAR</b>	
Cubierta Básica con Farmacia	\$1,083.00	Cubierta Básica con Farmacia	\$2,271.00
Cubierta Básica con Farmacia y Mayor Medical	\$1,106.00	Cubierta Básica con Farmacia y Mayor Medical	\$2,327.00
Cubierta Básica con Farmacia y Dental	\$1,215.00	Cubierta Básica con Farmacia y Dental	\$2,503.00
Cubierta Básica con Farmacia, Dental y Mayor Medical	\$1,239.00	Cubierta Básica con Farmacia, Dental y Mayor Medical	\$2,559.00



## SELECCIÓN DE SEGURO MÉDICO

**Nombre:**

**Número de Estudiante:**

**Favor seleccionar la alternativa que aplique a usted**

### Alternativa I - Seleccione, complete y firme según aplique.

- ☐ **Estoy cubierto por un seguro médico privado o de gobierno, por lo que NO intereso acogerme al seguro médico de la UPR. Entrego carta o certificación del Plan Médico que poseo como evidencia de la cubierta y fecha de expiración vigente.**

Seleccione una: ☐ PRIVADO ☐ GOBIERNO

Nombre Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_

Fecha de cubierta desde: \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_  
día/mes/año día/mes/año

Todo plan tiene una fecha de expiración o de inicio de contrato, por lo que debe escribir la misma incluyendo día, mes y año. Si su plan vence durante el semestre de estudio, favor marcar lo siguiente:

\_\_\_\_ Expectativas de ser renovado \_\_\_\_ Expectativas de no ser renovado

\_\_\_\_\_  
**Firma del Estudiante:**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre o Tutor Legal:**  
(menores de 21 años)

\_\_\_\_\_  
**Mes/ Día/ Año**  
202

### Alternativa II – Seleccione, complete y firme

- ☐ **Intereso el Seguro Médico Estudiantil de la Universidad de Puerto Rico:**

Seleccione una: ☐ INDIVIDUAL ☐ FAMILIAR

*Nota: Vea costos al final de esta página.*

**SELECCIONE LA ALTERNATIVA DESEADA:**

- ☐ **Alternativa A (Medicamentos Genéricos)** ☐ **Alternativa B (Medicamentos de Marcas)**

**SELECCIONE TIPO DE CUBIERTA DESEADA:**

- ☐ Básico con Farmacia ☐ Básico, Farmacia y Mayor Medical  
☐ Básico, Farmacia y Dental ☐ Básico, Farmacia, Dental y Mayor Medical

\_\_\_\_\_  
**Firma del Estudiante**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre o Tutor Legal**  
(en caso de ser menor de 21 años)

\_\_\_\_\_  
**Mes / Día / Año**  
202