



Autorización para Recibir atención Médica

Mayor de 21

Casado

Emancipado

Yo, _____, _____
Nombre del estudiante Número de Seguro Social

_____ y vecino (a) de _____ Puerto Rico, por la presente
Estatus Pueblo

faculto al personal autorizado por el (la) Honorable Secretario(a) 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 le presten 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 cursa estudios o practique algún deporte en las facilidades del Recinto o 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 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.-----

En _____, Puerto Rico, hoy ____ de _____ de _____.

Firma del estudiante

Número de estudiante