

**AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA
ESTUDIANTE MAYOR DE 21 AÑOS, CASADO O EMANCIPADO**

Yo, _____, bajo juramento declaro lo siguiente:
Nombre del Estudiante

1- Que mi nombre es como queda dicho, soy mayor de edad, _____,
Estatus Civil
_____, vecino de _____, _____, y mi número de
ocupación ciudad país
Seguro Social es _____.

2- Que 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 provea sus servicios en los departamentos u oficinas de servicios médicos de los recintos de la Universidad de Puerto Rico a que provea al estudiante identificado, la atención médica que resulte necesaria proveerle a los fines de preservar la salud o reducir el daño o incapacidad que pueda surgir resultante de un accidente o una enfermedad mientras curse estudios o practique algún deporte en las facilidades de este Reciento o cualquier otra facilidad no perteneciente y que diagnostique, trate, opere o practique aquellas medidas terapéuticas o correctivas que crean necesarias y que además administren los medicamentos y/o tratamientos que sean prescritos de conformidad con las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. De igual manera y de ser necesario, autorizo a ser transferido o referido, como paciente, a otros médicos y/o instituciones hospitalarias debidamente acreditadas por el Departamento de Salud del área.

3- Que autorizo al personal designado por el Departamento de Servicios Médicos a divulgar mi información, cuando éste así lo requiera.

Y PARA QUE ASÍ CONSTE, juro y suscribo la presente en _____,
Ciudad
_____, hoy ____ de _____ de 20____.
País

Firma del Estudiante

Número de Estudiante

Núm. Seguro Social Estudiante