



Universidad de Puerto Rico Recinto de Cayey
 Decanato de Estudiantes
 Oficina de Servicios Médicos

ESTUDIANTE MENOR DE 21 AÑOS

DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____, mayor de edad _____,
nombre del padre, madre o encargado status

y vecino (a) de _____, Puerto Rico, en mi carácter de
 _____ de _____ por la presente:
relación con el estudiante nombre del estudiante

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 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 _____, hoy día _____ de _____ de _____.

 Firma del estudiante

 Firma del Padre o Encargado

 Número de Seguro Social

 Número de Seguro Social del padre, madre o Tutor legal

 Número de Estudiante

AFFIDAVIT NUMERO: _____

JURADO Y SUSCRITO ante mí por _____, de las
 circunstancias personales antes indicadas, y a quien identifico mediante _____, número _____,
(licencia o pasaporte)

por no conocerlo personalmente el Notario, en Puerto Rico, hoy día _____ de _____ de _____.

 Firma del Notario Público

SELLO Y FIRMA DEL NOTARIO