

**AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA
(DECLARACIÓN JURADA)
ESTUDIANTE MENOR DE 21 AÑOS**

Yo, _____, bajo juramento declaro lo siguiente:
Nombre del padre, madre o tutor legal

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

2- Que soy padre, madre o tutor legal con patria potestad de _____.
Nombre del estudiante

3- 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 y colegios de la Universidad de Puerto Rico a que provea al menor 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 Recinto 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 el paciente a otros médicos y/o instituciones hospitalarias debidamente acreditadas por el Departamento de Salud del área.

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

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

Firma del Estudiante

Firma del padre, madre o tutor legal

Núm. Seguro Social Estudiante

Núm. Seguro Social del padre, madre o Tutor legal

Núm. de Estudiante

AFFIDÁVIT NÚM. _____

JURADO Y SUSCRITO ante mí por _____, de las circunstancias personales antes indicadas y a quien se identifica mediante _____, número _____, por no conocerlos personalmente el Notario, en _____, _____, hoy _____ de _____ de 20_____. Ciudad País

Firma del Notario Público

Sello del Notario