

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO EN ARECIBO

Oficina de Servicios Médicos

DECLARACIÓN JURADA

Estudiante Menor de 21 Años

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

vecino (a) de _____, Puerto Rico, en mi carácter de _____ por la
pueblo padre, madre o encargado

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 Departamento u Oficinas de Servicios Médicos de los Recintos de la Universidad de Puerto Rico a que presten a mi hijo (a) 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 en cualquier otra facilidad no perteneciente a los mismos y que diagnostique, trate, opere o practique aquellas medidas terapéuticas o 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) a otros médicos y/o instituciones hospitalarias debidamente acreditadas por el Departamento de Salud del área.

En _____, hoy día _____ de _____ de _____.

Firma del Estudiante

Firma de padre, madre o encargado

Número de Estudiante

Número de Seguro Social del Estudiante

AFFIDAVIT NÚMERO: _____

JURADO Y SUSCRITO ANTE MÍ por _____ de
las circunstancias personales antes expresadas, y a quien doy fe de conocer personalmente en _____,
Puerto Rico hoy día _____ de _____ de _____.

SELLO Y FIRMA DEL NOTARIO