



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

ESTUDIANTE MAYORES DE 21 AÑOS
DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____, bajo juramento declaro lo siguiente:
nombre del estudiante

1. Que mi nombre es como queda dicho, soy mayor de edad, estudiante y vecino (a) de _____, Puerto Rico, y mi número de 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 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.
3. Que autorizo al personal designado por el Departamento de Servicios Médicos a divulgar mi información, cuando este así lo requiera.

Y para que así conste, juro y suscribo la presente en _____, hoy día _____ de _____ del _____.

Firma del estudiante

Número de Seguro Social

Número de Estudiante