



UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO EN UTUADO
DECANATO DE ESTUDIANTES
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS

CERTIFICACIÓN DE PLAN MÉDICO FAMILIAR

() CERTIFICO que mi familia posee un **plan médico familiar** y no deseo acogerme al plan médico que ofrece la Universidad de Puerto Rico.

() CERTIFICO que poseo un **plan personal** y no deseo acogerme al plan médico que ofrece la Universidad de Puerto Rico.

() PLAN DE REFORMA (PRESENTAR COPIA PLAN MÉDICO)

() PLAN PRIVADO (PRESENTAR COPIA PLAN MÉDICO)

NOMBRE DEL PLAN: _____

NÚMERO DE CONTRATO: _____

FECHA DE INICIO: _____ FECHA DE EXPIRACIÓN: _____
MES DÍA AÑO MES DÍA AÑO

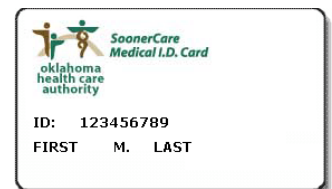
NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

NÚM DE ESTUDIANTE: _____

DIRECCIÓN: _____

FIRMA

FECHA: _____



ENTIENDO QUE DE NO PRESENTAR EVIDENCIA DE UN PLAN MEDICO FAMILIAR O PERSONAL, PRIVADO O REFORMA, QUE ME CUBRA TODO EL SEMESTRE, ESTARÉ OBLIGADO/DA A ACOGERME AL PLAN MÉDICO QUE OFRECE LA UNIVERSIDAD.

“Patrono con Igual Oportunidad de Empleo”