



---

DECLARACIÓN JURADA

**Estudiante:** ( ) Mayor de 21 años ( ) Casado(a) ( ) Emancipado(a)

Yo, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ vecino(a) de \_\_\_\_\_, P.R.  
**Nombre y Apellidos del estudiante status Pueblo**

Por la 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 Departamentos u Oficinas de Servicios Médicos de los Recintos 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 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 ser referido(a) a otros médicos y/o instituciones hospitalarias debidamente acreditadas por el Departamento de Salud.

En \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, hoy día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
MES AÑO

xxx-xx-

\_\_\_\_\_  
Firma Del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Número Seguro Social del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Número De Estudiante