



(787) 894-2828 ext. 2604, 2605

**DECLARACIÓN JURADA
ESTUDIANTE MENOR DE 21 AÑOS**

Yo, _____, mayor de edad, _____, vecino(a) de
Nombre y Apellidos del padre, madre o encargado status

_____, Puerto Rico, en mi carácter de _____ por la presente:
Pueblo padre, madre o encargado

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 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 Colegio 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 _____ del ____.

Firma Del Estudiante

Firma del padre, madre o encargado

Núm. De Estudiante

Núm. Seguro Social del padre, madre o encargado

Número De Seguro Social del Estudiante

AFFIDAVIT NÚMERO: _____

JURADO Y SUSCRITO ANTE MI por _____ de las circunstancias personales antes expresadas, y a quien doy fe de conocer personalmente.

En _____, Puerto Rico, hoy día ____ de _____ de _____.

NOMBRE DEL NOTARIO

SELLO Y FIRMA DEL NOTARIO