



UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO  
RECINTO DE RIO PIEDRAS  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS



**Solicitud para activación y cambios del Plan Médico**  
Año Académico 2020-2021

Fecha/date: \_\_\_\_\_

A/to: Evarista Colón  
Email: [evacolon@ssspr.com](mailto:evacolon@ssspr.com)

De/from: Hernán Rosado Carpena / Ángel Burgos Rivera  
[hernan.rosado2@upr.edu](mailto:hernan.rosado2@upr.edu) / [angel.burgos2@upr.edu](mailto:angel.burgos2@upr.edu)  
Telf: (787) 764-0000 exts. 86562 u 86440.

Favor de completar todos los espacios de su información personal, si no aplica debe poner n/a.  
(Please complete all the spaces of your personal information, write N/A if something does not apply.)

Nombre del Estudiante/Student's name: \_\_\_\_\_

Dirección/Address: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ zip code: \_\_\_\_\_

Teléfono/Phone: \_\_\_\_\_ Género/Gender \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ M

Número de estudiante/Student's number: \_\_\_\_\_

Correo electrónico/email: \_\_\_\_\_@upr.edu

Número de Seguro Social/Social security number: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento/Date of birth \_\_\_\_\_  
(MM/DD/YYYY)

Tipo de contrato/Type of contract: ( ) Individual/Student ( ) Familiar/Family

Contrato nuevo/New Contract: ( ) Si/Yes ( ) No/no

Número de contrato/if yes, number of contract: ZUA001234 \_\_\_\_\_

Cubiertas seleccionadas/ Selected coverage:

Cubierta básica, Alternativa A/Basic &Pharm A	Cubierta básica Alternativa B/ Basic &Pharm B	Dental	Major Medical/MM
---	---	--------	------------------