

INFORMACION PERSONAL, PACIENTE MENOR DE 21 AÑOS

| | | | |
|--|-----------------------------------|---------------------------|--------------------|
| Nombre y apellidos: _____ | Núm. Expediente: _____ | | |
| Género: __ F __ M | Fecha de Nacimiento (D/M/A) _____ | Edad _____ | Estado civil _____ |
| Dirección postal: _____ | | | |
| _____ | | | |
| Teléfono: _____ | | Correo electrónico: _____ | |
| Plan Médico: _____ | | Núm. De Contrato: _____ | |
| Nombre y apellidos del cónyuge: _____ | | | |
| Nombre y apellidos del Padre o Madre: _____ | | Relación: _____ | |
| Persona a notificar en caso de emergencia: _____ | | | |
| Teléfono: _____ | | Relación: _____ | |

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR EVALUACION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO AMBULATORIO

Nombre del Paciente * Nombre del Padre o Tutor * Nombre de la Madre o Tutor

Autorizamos al personal del Departamento de Servicios Médicos de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras, a que cuando la persona aquí designada como paciente acuda a solicitar servicios médicos se le realicen las evaluaciones, procedimientos de rutina y se le brinde el tratamiento médico que, a juicio clínico, sea necesario dentro de la práctica usual y prevaleciente de la medicina. Sabemos que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se nos ha ofrecido garantía sobre el resultado de los servicios de salud a recibir.

Esta autorización será válida por un año a partir de la firma, o, de ser el caso, hasta que el estudiante de epígrafe estudie en el Recinto de Río Piedras, lo que ocurra primero. Este consentimiento no sustituye el consentimiento informado a proveer en cada tratamiento que en su momento sea prescrito por el médico.

Certifico, que he leído y entiendo este consentimiento para recibir servicios de salud en el Departamento de Servicios Médicos, que toda la información suministrada es la verdad y se provee voluntariamente.

| | | |
|-----------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| _____ Pueblo | _____ Fecha (D/M/A) | _____ Hora |
| _____ Firma del Paciente | * _____ Firma del Padre o Tutor | * _____ Firma de la Madre o Tutor |

* Requerido para pacientes menores de 21 años de edad, no emancipados. Los formularios de pacientes menores de edad emancipados o con firma del Tutor deberán estar acompañados con copia de la determinación judicial.

AFF. NÚM.: _____

Jurado y suscrito ante mí por _____ y _____, mayores de edad, vecinos de _____, y _____ (relación) del menor de referencia, y a quienes DOY FE de haber identificado mediante _____.

En _____, Puerto Rico, hoy _____ de _____ de 20____.

NOTARIO PÚBLICO