Universidad de Puerto Rico
Recinto de Río Piedras
Departamento de Servicios Médicos

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: _____ Teléfono: _____

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, estudios diagnósticos, tratamientos médicos no urgentes y, en caso de emergencia médica, 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.

En caso de requerir servicios médicos fuera del Departamento de Servicios Médicos, se autoriza a que el/la paciente reciba las evaluaciones, estudios diagnósticos, servicios de emergencia y tratamientos no urgentes, según el estado de salud del paciente. En ello autorizamos que el paciente esté acompañado(a) del:

____ Decano(a) Auxiliar de Relaciones Internacionales, a través del 787-764-0000, x-86249
____ Decano(a) de Estudios Graduados, a través del 787-764-000, x-86071
____ Decano(a) de Estudiantes, a través del 787-764-000, x-86002

Incidentes o urgencias de salud ocurridas en noches, fines de semana o días feriados, podrán ser notificadas al Director designado a través del Departamento de Seguridad y Manejo de Riesgo, a las extensiones 82020 ó 83131.

Esta autorización será válida por un año a partir de la firma, o, de ser el caso, hasta que el estudiante de epígrafe culmine sus estudios en el Recinto de Río Piedras, lo que ocurra primero.

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

_____ _____
Fecha (M/D/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 de la evidencia acreditativa de su emancipación o asignación como Tutor, la cual deberá estar apostillada de ser emitida fuera de Puerto Rico.

Affidavit número: _____

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 _____, _____, hoy _____ de _____ de 20____.

_____
NOTARIO PÚBLICO