



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



Solicitud para activación y cambios del Plan Médico
Año Académico 2021-2022

Fecha/date: _____

A/to: Evarista Colón
Email: evacolon@ssspr.com

De/from: Hernán Rosado Carpena
hernan.rosado2@upr.edu

Tel: (787) 764-0000 exts. 86562, 86563 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/si es (no), number of contract/if (no) ZUA001234 _____

Cubiertas seleccionadas/ Selected coverage:

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