

NOTA: ENVIAR ESTE DOCUMENTO COMPLETADO A: [planmedico.rrp@upr.edu](mailto:planmedico.rrp@upr.edu)

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

**Solicitud para activación del Plan Medico  
Año Académico 2023-2024**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

A: Sr. Jose O. Rosa  
Email: [joserosa@ssspr.com](mailto:joserosa@ssspr.com)  
Fax: (787) 774-6086

**De:** Hernán Rosado Carpena,  
Director - [hernan.rosado2@upr.edu](mailto:hernan.rosado2@upr.edu)

**Teléfono del Recinto:** 787-764-0000 exts. 86562 y 86563.

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:** \_\_\_\_\_

**Dirección Postal:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Zip code** \_\_\_\_\_

**Teléfono del estudiante:** \_\_\_\_\_ **Género** \_\_\_\_\_ **F** \_\_\_\_\_ **M**

**Núm. de Estudiante:** \_\_\_\_\_

**Núm. Seguro Social:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_  
Mes / día / año

**Contrato nuevo:** / \_\_\_ / Si / \_\_\_ / No (si es no indicar núm. de contrato) \_\_\_\_\_

**Tipo contrato:** ( ) Individual ( ) Familiar

**Cubiertas seleccionadas:** **Cubierta básica Alternativa A** / \_\_\_ /  
**Cubierta básica Alternativa B** / \_\_\_ /

**Cubiertas Opcionales:**  
**Dental** / \_\_\_ / **Major Medical** / \_\_\_ / **Farmacia** / \_\_\_ /

**Nota:** Debe llenar todos los espacios. Si no aplica debe indicar N/A. La información tiene que estar legible. Si no se cumple con estos requisitos, no se puede procesar la activación. Debe tener la firma de la persona representante del Recinto o el sello oficial del Recinto.