

**Departamento de Servicio de salud**

**Formulario de información personal y Autorización de tratamiento para  
emergencia**

**I. Información para casos de emergencias**

\_\_\_\_\_  
Primer apellido, nombre

\_\_\_\_\_  
Edad

\_\_\_\_\_  
# Estudiante

Sexo    \_\_\_Femenino    \_\_\_Masculino

Estado civil: \_\_\_Soltero (a) \_\_\_Casado(a)

\_\_\_\_\_  
Concentración

\_\_\_\_\_  
Nombre como le conocen (Eje. Tita, Mini, Papo)

\_\_\_\_\_  
Religión

\_\_\_\_\_  
Nacionalidad

Dirección Residencial

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dirección postal

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono para caso de emergencia

Persona a notificar en caso de emergencia

Día: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Noche: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Vecino: \_\_\_\_\_

Condiciones o padecimiento: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alérgico a: \_\_\_\_\_

Tipo de Sangre: \_\_\_\_\_

Nombre del padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Universidad Adventista de las Antillas  
Apartado 118  
Mayagüez, PR 00681-0118  
Tel. (787) 834-9595

**Autorización para tratamiento medico**

Por la presente yo, \_\_\_\_\_,

Nombre del padre, madre o tutor(a)

Autorizo al Departamento de Servicios de Salud de la Universidad Adventista de las Antillas a realizar evaluaciones, tratamiento(s) médico(s), medicamentos over-the-counter y/o medicamentos con evidencia de prescripción. Así como referidos a otras instituciones hospitalarias y/o médicos debidamente acreditados por el departamento de salud del área al estudiante \_\_\_\_\_, menor de edad, sobre quien poseo su patria potestad, siempre y cuando estos sean necesarios a juicio de la enfermera de la Universidad o un médico autorizado y estén en conformidad con la práctica usual y prevaleciente en el campo de la medicina en Puerto Rico.

Esta autorización será válida mientras mi hijo(a) estudie en la universidad. Certifico que entiendo el contenido de esta autorización.

Esta autorización también aplica a los servicios ofrecidos por los médicos primarios y consultores especialista suscrito al seguro médico estudiantil y/o cualquier otro seguro.

Queda claro y establecido que en caso de cirugía y/o procedimiento no clasificado como emergencia será consultado previamente a su relación.

-----

**ESTE DOCUMENTO PERMANECERA EN EL EXPEDIENTE MEDICO DEL ESTUDIANTE Y NO PODRA SER FOTOCOPIADO A EXCEPCION DE UNA PREVIA AUTORIZACION POR LA ENFERMERA DE LA UNIVERSIDAD.**

AFFIDAVIT NUM. \_\_\_\_\_

Jurado y suscrito ante mí por \_\_\_\_\_ a quien doy fe de

Conocer personalmente en \_\_\_\_\_, hoy \_\_\_\_\_

de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Sello y firma del notario