



UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO  
RECINTO DE RÍO PIEDRAS  
FACULTAD DE ESTUDIOS GENERALES  
PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO AL ESTUDIANTE



## AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR SERVICIOS MÉDICOS

Yo, \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_  
(Nombre del padre o encargado) (Nombre de la madre o encargada)

autorizo a mi hijo(a) \_\_\_\_\_, número de estudiante  
(Nombre del estudiante)

801-25- \_\_\_\_\_, a recibir diagnóstico y tratamiento médico, de surgir alguna situación de emergencia médica.

Estoy consciente de que seré notificado(a) de cualquier emergencia y que deberé acudir inmediatamente al Recinto de Río Piedras para hacerme cargo de la situación de mi hijo(a). Relevo al PSAE de la responsabilidad por vigilancia o cuidado del estudiante antes mencionado.

Entiendo que esta autorización será válida mientras el estudiante participe del Pre Universitario del PSAE desde el 9 de junio al 27 de junio de 2025.

_____	_____
Fecha	Firma del Estudiante
_____	_____
Firma del Padre o Tutor	Firma de la Madre o Tutora
_____	_____
Teléfono Residencia	Teléfono Residencia
_____	_____
Teléfono Trabajo	Teléfono Trabajo
_____	_____
Teléfono Celular	Teléfono Celular

PATRONO CON IGUALDAD DE OPORTUNIDADES EN EL EMPLEO M/M/V/I