



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)

801-26- _____, 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 8 al 26 de junio de 2026.

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