

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA PARA RESIDENCIAS ESTUDIANTILES

### PARTE I. INFORMACIÓN PERSONAL DEL ESTUDIANTE

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Tipo de Sangre: \_\_\_\_\_

Alérgico a algún medicamento/alimento: \_\_\_ No \_\_\_ Sí (Mencione)

Padece de alguna condición médica que requiera medicamentos de mantenimiento de uso frecuente: \_\_\_ No \_\_\_ Sí (Mencione)

¿Estos medicamentos pueden interferir con algún otro medicamento o procedimiento médico? \_\_\_ No \_\_\_ Sí. (Explique)

¿Tiene el estudiante algún problema de salud significativo o incapacitante? \_\_\_ No \_\_\_ Sí. (Explique)

¿Está en tratamiento por alguna condición de salud física o mental? \_\_\_ No \_\_\_ Sí. (Explique)

### PARTE II. INFORMACIÓN PLAN MÉDICO

Nombre del médico primario: \_\_\_\_\_ Teléfono del Médico : \_\_\_\_\_

Plan Médico: \_\_\_\_\_ Núm. de Contrato \_\_\_\_\_

Asegurado Principal: \_\_\_\_\_ Fecha de expiración: \_\_\_\_\_

### PARTE III. INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de la Madre o Encargada: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Teléfonos: Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre o Encargado: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Teléfonos: Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### PARTE IV. CERTIFICACIÓN

Por la presente autorizo a la Dirección de las Residencias Universitarias, al Vicepresidente para Asuntos Estudiantiles o al oficial designado de la Universidad Adventista de las Antillas para que en caso de una emergencia, se gestionen los servicios médicos necesarios para el bienestar de la salud del estudiante \_\_\_\_\_, número de estudiante \_\_\_\_\_ con seguro social \_\_\_\_\_ mientras se encuentre viviendo en las Residencias Estudiantiles. Entiendo que el personal que lo acompaña no está autorizado a firmar ningún documento relacionado con el ingreso al hospital, documentos médicos o cualquier otro que la institución de salud requiera para que mi hijo/a pueda recibir los tratamientos recomendados por el proveedor de los servicios médicos. Me comprometo a personarme a la institución de salud a la brevedad posible, dentro de un periodo máximo de 4 horas (de ser residentes de Puerto Rico) luego de ser notificados de una emergencia médica. De no ser residentes en Puerto Rico, realizaré las gestiones necesarias para personarme al país lo antes posible o según lo requieran las autoridades. La Universidad realizará las gestiones necesarias para brindarle al estudiante los primeros auxilios y una vez sea estabilizado/a, cesará su responsabilidad con relación a los servicios médicos. Con esta autorización, asumo la responsabilidad total correspondiente al hospital o la facilidad de salud o facultativo que ofrezca los servicios médicos a mi hijo/a.

Certifico haber leído este documento y entiendo mi responsabilidad como padre, madre, encargado o tutor del estudiante

Nombre del padre/madre/encargado: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/encargado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_