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