



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, madreo 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 estudiante

mayor de 21 años de edad autorizo al Departamento de Servicios de Salud de la Universidad Adventista de las Antillas a realizar evaluaciones, tratamiento(s) médico(s), medicamento over-the-counter y/o medicamentos con evidencia de prescripción a mi persona, así como referidos a otras instituciones hospitalarias y/o médicos debidamente acreditados por el departamento de Salud del área, 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 prevaeciente en el campo de la medicina.

Esta autorización será válida mientras yo estudio en la universidad. Certifico que entiendo el contenido de esta autorización.

Firma del estudiante

Fecha