

# TALLER DE ARQUITECTURA - Verano 2024

CONSENTIMIENTO PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO AMBULATORIO

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Sesión:  1  2

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Teléfono de Emergencia \_\_\_\_\_  
                                  día       mes       año

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo al personal médico y personal  
(nombre del padre, madre o tutor legal del estudiante)

designado por el Departamento de Servicios Médicos de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de  
Río Piedras, a que:

1. Cuando se acuda al Departamento de Servicios Médicos a solicitar sus servicios se realice(n) el(los) procedimiento(s) de rutina, diagnóstico(s) conducente(s) a evaluar y dar tratamiento(s) médico(s) que sean necesario(s) a juicio del médico, siempre y cuando esté(n) de conformidad con la práctica usual y prevaleciente en el campo de la medicina.
2. Sé (sabemos) que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se me ha(n) ofrecido garantía(s) sobre el resultado de los exámenes y tratamientos.
3. Esta autorización será válida mientras el estudiante de epígrafe participe del Taller de Verano de la Escuela de Arquitectura, en la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras.

**CERTIFICO**, que he leído y entiendo perfectamente este consentimiento para practicar el(los) procedimiento(s) médico-quirúrgicos necesario(s). Que toda la información correspondiente ha sido suministrada en los espacios en blanco.

\_\_\_\_\_  
Firma padre, madre o tutor legal del estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Nota:** Cuando el estudiante/paciente es menor de 21 años y no está emancipado, deberá traer este documento firmado por su padre, madre, o tutor legal.