TALLER DE ARQUITECTURA - Verano 2025

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.