

UNIVERSIDAD DEL SAGRADO CORAZÓN
RESIDENCIAS UNIVERSITARIAS
AUTORIZACION PARA SERVICIOS MEDICOS

RESIDENTES MENORES DE 21 AÑOS:

Por la presente autorizo a la Directora de las Residencias Universitarias, al Decano Asociado de Asuntos Estudiantiles o al Oficial de la Universidad del Sagrado Corazón a cargo de los residentes, para que en caso de una emergencia médica, se gestionen los servicios médicos necesarios en la Sala de Emergencia para el mejor bienestar para la salud del residente _____, # de estudiante _____ y # de seguro social _____ mientras se encuentre en la Universidad del Sagrado Corazón como residente de las Residencias Universitarias.

Entendemos que el personal que acompaña al residente no está autorizado a firmar ningún documento relacionado con el ingreso al hospital, documentos médicos o que el hospital requiera para que mi hijo/a pueda recibir los servicios médicos necesarios recomendados por el proveedor de los servicios médicos.

Nos comprometemos a personarnos al hospital a la brevedad posible dentro de un periodo máximo de 4 horas (de ser residentes de Puerto Rico) de haber sido notificados de una emergencia médica. De no ser residentes de Puerto Rico, realizaremos las gestiones necesarias para personarnos al país lo antes posible y según lo requieran las autoridades universitarias. La Universidad realizará las gestiones necesarias para brindarle al residente los primeros auxilios, y una vez sea estabilizado/a cesará su responsabilidad con relación a los servicios médicos.

Con esta autorización asumimos la responsabilidad total correspondiente al hospital o la facilidad de salud o facultativo que ofrezca los servicios médicos a nuestro hijo.

INFORMACION PERSONAL DEL RESIDENTE

Apellidos _____ Nombre _____ Edad _____ Sexo _____

Fecha de Nacimiento _____ Religión: _____ Tipo de Sangre: _____

Alérgico a algún medicamento: No ____ Sí ____ ¿cuál? _____

Padece de alguna condición médica que requiera medicamentos de mantenimiento Sí _____ No _____

Estos medicamentos pueden interferir con algún otro medicamento o procedimiento médico Sí _____ No _____

Médico de cabecera: _____ - _____ Teléfono de emergencia: _____

Plan Médico: _____ Núm. de Contrato _____

INFORMACIÓN DE PADRE/MADRE O TUTORES AL QUE SE LE NOTIFICARÁ EN CASO DE UNA EMERGENCIA MÉDICA

Madre o tutora: Apellidos _____ Nombre _____

Dirección Postal: _____

Teléfonos: Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Padre o tutor: Apellidos _____ Nombre _____

Dirección Postal: _____

Teléfonos: Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

INFORMACIÓN DE PADRE/MADRE O TUTOR AL QUE SE LE NOTIFICARÁ EN CASO DE UNA DESAPARICIÓN

Nombre _____ Relación con el residente _____

Teléfonos: Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

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

Nombre _____ Firma: _____

UNIVERSIDAD DEL SAGRADO CORAZÓN
RESIDENCIAS UNIVERSITARIAS

AUTORIZACION PARA SERVICIOS MEDICOS

RESIDENTES MAYORES DE 21 AÑOS:

Por la presente autorizo a la Directora de las Residencias Universitarias, al Decano Asociado de Asuntos Estudiantiles o al Oficial de la Universidad del Sagrado Corazón a cargo de los residentes, para que en caso de una emergencia médica, se gestionen los servicios médicos necesarios en la Sala de Emergencia para el mejor bienestar de mi salud mientras me encuentre en la Universidad del Sagrado Corazón como residente de las Residencias Universitarias.

Entendiendo que el personal de las Residencias no está autorizado a firmar ningún documento relacionado con el ingreso al hospital, documentos médicos o que el hospital requiera para poder recibir los servicios médicos necesarios recomendados por el proveedor de los servicios médicos.

Con esta autorización asumo la responsabilidad total correspondiente al hospital o la facilidad de salud o facultativo que ofrezca los servicios.

INFORMACION PERSONAL DEL RESIDENTE

Apellidos _____ Nombre _____ Edad _____ Sexo _____

Fecha de Nacimiento _____ Religión: _____ Tipo de Sangre: _____

Alérgico a algún medicamento: No ___ Sí ___ ¿cuál? _____

Padece de alguna condición médica que requiera medicamentos de mantenimiento Sí _____ No _____

Estos medicamentos pueden interferir con algún otro medicamento o procedimiento médico Sí _____ No _____

Médico de cabecera: _____ - _____ Teléfono de emergencia: _____

Plan Médico: _____ Núm. de Contrato _____

INFORMACIÓN DE LAS PERSONA A NOTIFICAR EN CASO DE UNA EMERGENCIA MÉDICA

Apellidos _____ Nombre _____ Relación con el residente _____

Dirección Postal: _____

Teléfonos: Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

INFORMACIÓN DE LAS PERSONA A NOTIFICAR EN CASO DE UNA DESAPARICIÓN

Apellidos _____ Nombre _____ Relación con el residente _____

Dirección Postal: _____

Teléfonos: Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Certifico haber leído este documento y entiendo mi responsabilidad como residente.

Nombre y Apellidos _____ Num. de estudiante _____

Num. de seguro social _____ Firma: _____