



Universidad Interamericana de Puerto Rico
SERVICIOS A ESTUDIANTES CON IMPEDIMENTOS



**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
Y EXPEDIENTES MÉDICOS
(INTERNA)**

Yo, _____
letra de molde

número de identificación _____, autorizo a que se provea a la Universidad Interamericana de Puerto Rico, Recinto de _____, toda la información que obre en su poder en cuanto a mi condición física, mental o emocional presente, el diagnóstico y tratamiento que he recibido del proveedor de servicios médicos debido a mi condición de salud, así como copia del expediente médico que sobre mi persona conserva la agencia u oficina.

La información y documentos solicitados pueden ser enviados directamente a la Universidad Interamericana de Puerto Rico, Recinto de _____, a través del funcionario debidamente autorizado por ésta.

Firma del Estudiante

Fecha



Universidad Interamericana de Puerto Rico
SERVICIOS A ESTUDIANTES CON IMPEDIMENTOS



**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN
Y EXPEDIENTES MÉDICOS
(EXTERNA)**

Recinto

Yo, _____
letra de molde

autorizo a _____ (parentesco), _____
letra de molde letra de molde

para que reciba la información relacionada con mis trámites de acomodo razonable.

Esta autorización puede ser invalidada en cualquier momento que yo (estudiante) estime pertinente.

Firma del Estudiante

Fecha

Firma de Persona Autorizada

Fecha