

Universidad Interamericana de Puerto Rico  
Recinto de San Germán  
Año Fiscal \_\_\_\_\_  
Residencias Estudiantiles

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN PERSONAL Y AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO PARA EMERGENCIAS**  
**PERSONAL INFORMATION FORM AND AUTHORIZATION FOR EMERGENCY MEDICAL TREATMENT**

**I. Información para casos de emergencia (Information in case of an emergency)**

Nombre (Apellido paterno, materno, nombre) \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Número de Estudiante \_\_\_\_\_  
Name (Last Names, first and middle name) \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Student Number \_\_\_\_\_

Sexo  Femenina  Masculino Estado Civil (Civil Status):  Soltero(a) (Single)  Casado (Married)  
Gender (Female) (Male)  Viudo (a) (Widowed)  Divorciado (a) (Divorced)

Años de Estudio:  Primer (First)  Tercer (Third)  Quinto o mas (Fifth or more)  
(Years in the University)  Segundo (Second)  Cuarto (Forth)  Graduado (Graduate)

Concentración (Major) \_\_\_\_\_ Nombre como le conocen (Eje. Tita, Mini, Papo) (Nickname, if you have one) \_\_\_\_\_

Religión (Religion) \_\_\_\_\_ Nacionalidad (Nationality) \_\_\_\_\_

Dirección Residencial (mencionar puntos de referencia como: colmados, industria, garajes, entre otros).  
Physical Address (mention reference points)

Dirección Postal (Mailing Address)

Teléfonos para casos de emergencia

Telephone numbers in case of an emergency

Día (Day): \_\_\_\_\_

Noche (Night): \_\_\_\_\_

Vecino (Neighbor): \_\_\_\_\_

Alérgico a (Allergic to): \_\_\_\_\_

Tipo de Sangre (Blood Type): \_\_\_\_\_

Persona a notificar en caso de emergencia

Person to notify in case of an emergency

Parentesco (Relationship): \_\_\_\_\_

Teléfono (Telephone): \_\_\_\_\_

Condiciones ó Padecimientos (Health Conditions):

Nombre del Padre, Madre ó Tutor (Name of Father, Mother or guardian):

Dirección Postal

Mailing Address: \_\_\_\_\_

Teléfonos (Telephones): \_\_\_\_\_

## II. Información General

- Indica cuál es tu propósito al ingresar a la Residencia (Why do you want to stay in the student residence hall?)  
 Vivo muy lejos (Live too far)                       Quiero independizarme (To be Independent)  
 Para conocer gente (To meet people)                       Quiero experimentar (I want the experience)  
 No tengo comodidades para estudiar en mi hogar (I don't have the conditions to study at home)  
 Otras, especifique (Others, Specify): \_\_\_\_\_
- ¿Con quién vives los fines de semana? (Who do you live with on the weekends?) \_\_\_\_\_
- ¿Qué ayudas económicas recibes? (Estudio y Trabajo, Préstamos, Beca Pell, Trabajo, Padres?)  
What financial aid do you receive? (Work/Study, Loans, Pell Grant, Work, parents?)  
\_\_\_\_\_
- ¿Cuáles son tus metas al estudiar y residir en el Recinto de San Germán?  
What are your goals while studying and living in the San Germán Campus?  
 Graduarme (Graduate)                       Estudiar y Trabajar (Study and Work)  
 No he pensado (I haven't thought about it)                       Casarme mientras estudio (get married while studying)  
 Experimentar por un año (Experience for an year)                       Otros (Others): \_\_\_\_\_
- ¿Qué tipo de actividades te gustaría se ofrecieran en las Residencias?  
What type of activities would you like to see at the student residence halls?  
 Actividades Sociales (Social Activities)                       Conferencias y Talleres (Conferences and seminars)  
 Competencias en Deportes (Sport Competitions)                       Actividades Religiosas (Religious Activities)  
 Otros (Others) \_\_\_\_\_

## III. AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO (AUTHORIZATION FOR EMERGENCY MEDICAL TREATMENT)

Autorizo al personal de la Oficina de Servicios de Primeros Auxilios de la Universidad Interamericana de Puerto Rico, Recinto de San Germán y al personal médico, paramédico, de enfermería y áreas relacionadas de los Hospitales autorizados por el Departamento de Salud de Puerto Rico a brindarle servicios de salud a mi hijo (a)

\_\_\_\_\_ con número de estudiante \_\_\_\_\_.

Esta autorización también aplica a los servicios ofrecidos por los médicos primarios y consultores especialistas suscritos al Seguro Médico Estudiantil. Queda claro y establecido que en caso de cirugía y procedimientos no clasificados como emergencia será consultado previamente a su realización.

I authorize the personnel of the Medical Services office of the Inter American University of Puerto Rico, San Germán Campus, and the medical, paramedical and nursing personnel and personnel in related areas in the hospitals authorized by the Department of Health of Puerto Rico to provide health services to my son/ daughter

\_\_\_\_\_ with student number \_\_\_\_\_.

This authorization also applies to services offered by primary doctors and consulting specialists of the Student Medical Insurance. It is understood and established that there will be prior consultation for non-emergency surgery and procedures.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre ó tutor  
(Parent or Tutor signature if student is under 21)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante si es mayor de 21 años

\_\_\_\_\_  
Dirección y Teléfono (Mailing Address and telephone)

\_\_\_\_\_  
Fecha (Date): \_\_\_\_\_

NOTA: Este documento debe ser completado por todos los residentes y entregado con la Solicitud de Admisión o Renovación. De no entregarlo deberá firmar el Documento de Relievo de Responsabilidad a la Universidad Interamericana de Puerto Rico, Inc.

NOTE: This document must be completed by all residents and returned with the residence application or renovation. If not completed, the student must sign a release of responsibility to the Inter American University of Puerto Rico.