



Información Contactos de Emergencia:

Nombre: _____

Relación con el estudiante: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Teléfono de emergencia: _____ Cel. _____

E-mail: _____

Información almuerzos y meriendas:

Indique por favor si su hijo tiene alguna necesidad especial en cuanto a su alimentación:

Autorización de visitas a áreas clínicas:

Autorizo a mi hijo (a):

____ Visitar las distintas áreas que componen el Recinto de Ciencias Médicas de la UPR y cualquier lugar que incluya la logística educativa del Seminario de Verano 2017 del RCM.

____ Participar en actividades que podrán estar expuestos a: ratones, sangre, agujas, equipo de laboratorio y médico, órganos humanos y primates con la debida protección.

Firma

Fecha