



UNIVERSIDAD DE  
COSTA RICA

21-2025  
Año XLIX  
19 de febrero de 2025

# ALCANCE A LA GACETA UNIVERSITARIA

ÓRGANO OFICIAL DE COMUNICACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

## VICERRECTORÍA DE VIDA ESTUDIANTIL MODIFICACIÓN I A LA RESOLUCIÓN ViVE-29-2019

**CIUDAD UNIVERSITARIA RODRIGO FACIO**, San Pedro de Montes de Oca, a las once horas del día treinta y uno de enero del año dos mil veinticinco. Yo, Leonora De Lemos Medina, en mi condición de vicerrectora de Vida Estudiantil, en uso de las atribuciones que me confiere el *Estatuto Orgánico*, el *Reglamento general de la Vicerrectoría de Vida Estudiantil*, el *Reglamento del beneficio de residencias para la población estudiantil de la Universidad de Costa Rica*, las disposiciones del *Reglamento de adjudicación de becas a la población estudiantil* y demás normativa aplicable,

### CONSIDERANDO:

**PRIMERO.** Que por medio de la Resolución ViVE-29-2019, la Vicerrectoría de Vida Estudiantil aprobó el instrumento de Información de Salud y Consentimiento Informado para las personas estudiantes residentes del Programa de Residencias Estudiantiles. Dicha decisión se motivó en el hecho que realiza la Universidad por procurar el bienestar integral de las personas estudiantes y de la comunidad universitaria en general, por medio de la promoción, la prevención y el mejoramiento de los servicios enfocados a la salud, a raíz de la promulgación del Protocolo de Atención a Personas de la Comunidad Universitaria con Urgencias Psicológicas aprobado mediante resolución n.º R-336-2018 del 20 de diciembre de 2018.

**SEGUNDO.** Que mediante oficio OBAS-45-2025, la Comisión de coordinaciones de Residencias (COCORES), revisó los consentimientos existentes y propuso ante esta vicerrectoría modificaciones que incorporan elementos pertinentes según el contexto actual, por lo que este despacho luego de la revisión legal respectiva, acoge estas modificaciones para que los diferentes instrumentos de información de salud y consentimientos informados tanto para personas mayores

de edad como para personas menores de edad se encuentren actualizados a las necesidades presentes.

### POR TANTO,

### SE RESUELVE:

1. Modificar lo referente al anexo uno de Información de Salud, Consentimiento informado persona mayor de edad y al anexo dos Información de Salud, Consentimiento informado persona menor de edad.
2. Dejar sin efecto la Resolución ViVE-11-2021.

### NOTIFÍQUESE:

1. Consejo Universitario, para publicar en *La Gaceta Universitaria*.
2. Oficina de Becas y Atención Socioeconómica.
3. Oficina de Bienestar y Salud.
4. Coordinaciones de Vida Estudiantil de las Sedes Regionales.
5. Coordinaciones del Programa de Residencias Estudiantiles.

**Dra. Leonora De Lemos Medina**  
Vicerrectora de Vida Estudiantil

**Nota del editor:** *Las resoluciones publicadas en La Gaceta Universitaria y sus Alcances son copia fiel del original recibido en el Consejo Universitario.*

Gaceta digital disponible en <https://www.cu.ucr.ac.cr>

Editado por la Unidad de Comunicación, CIST, Consejo Universitario  
Ciudad Universitaria Rodrigo Facio Brenes

**ANEXO 1**

**INFORMACIÓN DE SALUD**

**Persona mayor de edad**

El Comité de Atención Integral (CAI) de las Residencias Estudiantiles de la Universidad de Costa Rica, en el marco de su compromiso con la promoción de la salud y la prevención de situaciones que puedan afectar el desarrollo académico, social y emocional de la población estudiantil, y con el objetivo de atender integralmente a la población residente, le solicita información relacionada con su estado de salud general. Asimismo, le solicita la información de personas que puedan ser contactadas en caso de presentarse alguna urgencia<sup>1</sup> durante el tiempo en que reciba el beneficio de Residencias Estudiantiles. Esta información es de carácter confidencial y será utilizada únicamente por la Universidad de Costa Rica (UCR) para los fines que se indicarán en el Consentimiento Informado (documento adjunto).

La solicitud de información se fundamenta en las disposiciones del *Reglamento del beneficio de residencias estudiantiles* y demás normativa universitaria aplicable, así como en la *Ley de Protección de la Persona Frente al Tratamiento de sus Datos Personales*, la *Ley General de Salud* y demás normativa nacional aplicable.

1. Nombre completo: \_\_\_\_\_  
 Número de Identificación: \_\_\_\_\_  
 Número de carné: \_\_\_\_\_ Número de teléfono celular: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_

2. ¿Cuenta usted con algún tipo de seguro de salud de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS)?

SÍ ( ) NO ( ) Pase a la pregunta 3

Si marcó SÍ, indique con una x el tipo de seguro con el que cuenta:

( ) Por el Estado	( ) Beneficio familiar
( ) Voluntario	( ) Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes - Ley N.º 8612
( ) Trabajador independiente	( ) Asalariado

3. ¿Ha recibido o recibe actualmente atención profesional por alguna condición relacionada con su salud física o emocional?

SÍ ( ) NO ( ) Pase a la pregunta 4

3.1. Por favor, describa la condición presentada:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1. La Organización Mundial de la Salud, define las urgencias como "la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia".

3.2. Con respecto a la condición de salud antes indicada, ¿en cuál o cuáles centros de salud ha recibido atención o tratamiento?

---

---

---

3.3. ¿Actualmente, toma medicación para tratar su condición de salud?

SÍ ( ) Indique cuál(es): \_\_\_\_\_

NO ( )

4. ¿Presenta, actualmente, alguna alergia o intolerancia a algún medicamento, alimento o condición del entorno?

SÍ ( ) Indique cuál o cuáles: \_\_\_\_\_

NO ( )

5. Amplíe, en el siguiente espacio, cualquier información asociada a su situación de salud (física o emocional) o requerimientos de accesibilidad por alguna condición de discapacidad, que deban ser considerados durante su permanencia en las residencias.

---

---

---

---

6. Personas a contactar en caso de urgencia.

Complete la siguiente tabla con la información de las personas que el CAI contactará en caso de que se presente alguna urgencia relacionada con su persona durante el actual año lectivo:

Nombre de la persona	Parentesco o relación	Teléfono(s)

Nombre de la persona estudiante: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### Mayor de edad

Con base en las disposiciones del *Reglamento del beneficio de residencias estudiantiles*, y demás normativa universitaria aplicable, así como en la *Ley de Protección de la Persona Frente al Tratamiento de sus Datos Personales*, la *Ley General de Salud* y demás normativa nacional aplicable, doy fe de que el presente documento ha sido completado por mi persona y que he comprendido a cabalidad las implicaciones y responsabilidades asociadas al mismo.

En este mismo acto, libero de toda responsabilidad a la Universidad de Costa Rica (en adelante, la Universidad) si la información brindada en el documento "Información de Salud" resulta ser falsa, incompleta o desactualizada.

1. En virtud del deber que tiene la Universidad de favorecer espacios seguros y saludables para el desarrollo del plan académico de las personas residentes, conozco y acepto que para recibir y mantener el beneficio de residencias estudiantiles es requisito indispensable acatar cada una de las disposiciones en materia de salud que dispongan la Universidad y los entes a cargo de la administración del beneficio.
2. Conozco y acepto que el Comité de Atención Integral de la sede o recinto es la dependencia encargada de recabar, tratar y conservar los datos recabados a través del documento "Información de Salud" y del presente Consentimiento, y que debo acudir a dicha instancia para actualizar los datos en caso necesario.
3. Conozco y acepto que el medio de contacto que puedo utilizar para plantear al CAI consultas o gestiones respecto del documento "Información de Salud" o del Consentimiento Informado que por este medio estoy rindiendo, es el que se indica en el siguiente cuadro, correspondiente a mi sede o recinto de empadronamiento:

Sede o Recinto	Responsable	Dirección de correo electrónico
Sede Rodrigo Facio	CAI	residencias.obas@ucr.ac.cr
Sede del Sur	CAI	residencias.golfito@ucr.ac.cr
Sede de Occidente	CAI	residencias.occidente@ucr.ac.cr
Recinto de Tacaes	CAI	tacaes@ucr.ac.cr
Sede de Guanacaste	CAI	residencias.guanacaste@ucr.ac.cr
Sede del Atlántico	CAI	sindy.ramirez@ucr.ac.cr
Recinto de Guápiles	CAI	residencias.rgu@ucr.ac.cr
Sede del Pacífico	CAI	residencias.pacifico@ucr.ac.cr
Sede del Caribe	CAI	residencias.caribe@ucr.ac.cr

4. Conozco y acepto que tengo el deber de actualizar el documento "Información de Salud" y demás datos personales solicitados por el CAI cada vez que presente la solicitud del beneficio de Residencias Estudiantiles, y entregarla al momento de iniciar a recibir el beneficio, así como cada vez que se produzca una variación en las condiciones de salud consignadas en el documento "Información de Salud".
5. Conozco y acepto que, de llegar a presentarse una urgencia de salud que amerite la activación de los protocolos institucionales y que requiera de mi traslado a alguna instancia donde se brinden servicios de salud, al momento del regreso a las instalaciones de las residencias debo presentar el documento "epicrisis" del centro hospitalario, o el comprobante de la atención recibida. Para efecto de verificar el cumplimiento de lo dispuesto en el numeral 9, el documento que presente al momento del regreso al edificio de residencias deberá contener indicaciones precisas sobre el tratamiento y seguimiento de la condición presentada.
6. Conozco y acepto que, en caso de recibir atención médica de urgencia al margen de la activación de protocolos internos de la UCR, a mi regreso a las residencias tengo la obligación de reportar esta situación al CAI, y de aportar la "epicrisis", o el comprobante de la atención recibida, según las especificaciones dispuestas para cada caso en el numeral 5. Para efecto de verificar el cumplimiento de lo dispuesto en el numeral 9, el documento que presente al momento del regreso al edificio de residencias deberá contener indicaciones precisas sobre el tratamiento y seguimiento de la condición presentada.
7. Conozco y acepto que en caso de tramitar un "egreso exigido" de un proceso de hospitalización, no podré retomar el uso del beneficio de residencias hasta contar con un documento emitido por una persona profesional pertinente, donde se indique que

cuento con la capacidad de atender mis necesidades básicas y que el reingreso a las residencias no representa un riesgo para mi integridad personal o la de otras personas.

8. Conozco y acepto que no podría retomar el uso del beneficio de residencias hasta que aporte la documentación indicada en los numerales 5, 6 o 7, y que es mi obligación solicitar a la o las personas profesionales tratantes la confección del documento respectivo.
9. Conozco y acepto que en caso de requerir un proceso de recuperación durante el cual necesite asistencia para atender mis necesidades básicas, o supervisión para el suministro de medicamentos, deberé realizar dicho proceso en un lugar distinto a las instalaciones de las Residencias Estudiantiles. Conozco y acepto que una vez que concluya el proceso de recuperación y presente al CAI el documento que así lo certifique, podré retomar el uso del beneficio de residencias.
10. Conozco y acepto que en caso de negarme a recibir asistencia para atender una urgencia de salud, a recibir traslado a un centro de salud o a seguir las indicaciones correspondientes, tendré un impedimento para permanecer en las Residencias Estudiantiles, motivo por el cual la OBAS iniciará el trámite para otorgarme un beneficio complementario alternativo (alojamiento por la modalidad de reubicación geográfica o transporte según sea mi elección), el cual será otorgado en un plazo no mayor a tres días hábiles. Conozco y acepto que cumplido este plazo se procederá al cese del beneficio residencias, y que deberé retirarme, de manera inmediata, de las instalaciones de las Residencias Estudiantiles.
11. Conozco y acepto que es mi responsabilidad contar con el seguro de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social. De igual forma, conozco y acepto que la Universidad no asumirá en ninguna circunstancia gastos médicos en los que yo incurriera por no contar con el aseguramiento debido.
12. Conozco, entiendo y acepto que, en el marco de una emergencia sanitaria nacional, las autoridades universitarias definirán un protocolo de abordaje sustentado bajo los criterios de que la salud es un derecho humano fundamental, y de que la seguridad e higiene en el estudio y trabajo deben prevalecer sobre cualquier otra situación. El protocolo sería de acatamiento obligatorio para la población estudiantil y las personas funcionarias; además, estaría sujeto a ser actualizado periódicamente.
13. Conozco, entiendo y acepto que en caso de que se declare estado de emergencia debido a circunstancias de conmoción interna o calamidad pública, o por alguna situación de riesgo para las personas residentes, el plazo para desocupar los inmuebles se definirá con base en la capacidad institucional para atender la necesidad de alojamiento y las situaciones particulares de la población residente. En este tipo de situaciones, la OBAS gestionará la asignación de otro beneficio complementario alternativo (Reubicación Geográfica o Transporte), según sea mi solicitud.

Conforme a lo establecido y solicitado, doy fe que la información brindada en el documento "Hoja de Salud" es veraz, la aporto en forma libre y asimismo autorizo de forma expresa para que la misma pueda ser:

- a) transferida al personal de salud que atienda alguna urgencia presentada por mi persona,
- b) utilizada para comunicarse con las personas establecidas como contacto de urgencia, indicadas en el documento "Información de Salud", mientras mantenga el beneficio de residencias y
- c) utilizada para investigaciones y estadísticas de la UCR siempre y cuando se guarde la confidencialidad de los datos y los mismos sean presentados de forma anónima.

Asimismo, doy fe de que se me ha informado por parte del CAI de mi derecho a acceder, actualizar, suprimir y revocar la información brindada, en el entendido de que si se revoca o suprime la misma, el beneficio de residencias me sería retirado.

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**ANEXO 2**

**INFORMACIÓN DE SALUD**  
**Persona menor de edad**

El Comité de Atención Integral (CAI) de las Residencias Estudiantiles de la Universidad de Costa Rica, en el marco de su compromiso con la promoción de la salud y la prevención de situaciones que puedan afectar el desarrollo académico, social y emocional de la población estudiantil, y con el objetivo de atender integralmente a la población residente, le solicita información relacionada con el estado de salud general de la persona residente menor de edad. Asimismo, le solicita la información de personas que puedan ser contactadas en caso de presentarse alguna urgencia<sup>1</sup> relacionada con la persona residente durante el tiempo que reciba el beneficio de Residencias Estudiantiles. Esta información es de carácter confidencial y será utilizada únicamente por la Universidad de Costa Rica (UCR) para los fines que se indicarán en el Consentimiento Informado (documento adjunto).

La solicitud de información se fundamenta en las disposiciones del *Reglamento del beneficio de residencias estudiantiles* y demás normativa universitaria aplicable, así como en la *Ley de Protección de la Persona Frente al Tratamiento de sus Datos Personales*, la *Ley General de Salud* y demás normativa nacional aplicable.

1. Nombre completo de la persona residente menor de edad: \_\_\_\_\_

Número de Identificación: \_\_\_\_\_

Número de carné: \_\_\_\_\_

Número de teléfono celular: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

2. Datos de la persona representante legal (padre, madre o persona encargada):

Nombre completo de la persona representante legal: \_\_\_\_\_

Tipo de identificación \_\_\_\_\_

No. de identificación<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

Número de teléfono celular: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

3. ¿La persona residente se encuentra cubierta por algún tipo de seguro de salud de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS)?

SÍ ( ) NO ( ) Pase a la pregunta 4

Si marcó SÍ, indique con una x el tipo de seguro con el que cuenta:

( ) Por el Estado	( ) Beneficio familiar
( ) Voluntario	( ) Convención Iberoamericana de los Derechos de los Jóvenes - Ley n.º 8612
( ) Trabajador independiente	( ) Asalariado

4. ¿La persona residente menor de edad, ha recibido o recibe actualmente atención profesional por alguna condición relacionada con su salud física o emocional?

SÍ ( ) NO ( ) Pase a la pregunta 5

1. La Organización Mundial de la Salud, define las urgencias como "la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia".

2. Debe aportar copia del documento de identificación del representante legal, el primer día de ingreso a las Residencias Estudiantiles.

4.1. Por favor, describa la condición presentada:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4.2. Con respecto a la condición de salud antes indicada, ¿en cuál o cuáles centros de salud la persona residente menor de edad ha recibido atención o tratamiento?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4.3. ¿Actualmente, la persona residente menor de edad toma medicación para tratar su condición de salud?

SÍ ( ) Indique cuál o cuáles \_\_\_\_\_

NO ( )

5. ¿La persona residente menor de edad presenta, actualmente, alguna alergia o intolerancia a algún medicamento, alimento o condición del entorno?

SÍ ( ) Indique cuáles (es): \_\_\_\_\_

NO ( )

6. Amplíe, en el siguiente espacio, cualquier información asociada a la situación de salud (física o emocional) o requerimientos de accesibilidad de la persona residente menor de edad por alguna condición de discapacidad, que deban ser considerados durante su permanencia en las residencias.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Personas a contactar en caso de urgencia.

Complete la siguiente tabla con la información de las personas que el CAI contactará en caso de que se presente alguna urgencia relacionada la persona residente menor de edad durante el actual año lectivo:

Nombre de la persona	Parentesco o relación	Teléfono(s)

Nombre de la persona representante legal: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### Manor de edad

Con base en las disposiciones del *Reglamento del beneficio de residencias estudiantiles*, y demás normativa universitaria aplicable, así como en la *Ley de Protección de la Persona Frente al Tratamiento de sus Datos Personales*, la *Ley General de Salud* y demás normativa nacional aplicable, doy fe de que el presente documento ha sido completado por mi persona, en calidad de representante legal de la persona residente menor de edad \_\_\_\_\_, carné \_\_\_\_\_ y que he comprendido a cabalidad las implicaciones y responsabilidades asociadas al mismo.

En este mismo acto, libero de toda responsabilidad a la Universidad de Costa Rica (en adelante, la Universidad) si la información brindada en el documento "Información de Salud" correspondiente a la persona residente menor de edad resulta ser falsa, incompleta o desactualizada.

1. En virtud del deber que tiene la Universidad de favorecer espacios seguros y saludables para el desarrollo del plan académico de las personas residentes, conozco y acepto que para recibir y mantener el beneficio de residencias estudiantiles es requisito indispensable para la persona residente menor de edad a mi cargo, acatar cada una de las disposiciones en materia de salud que dispongan la Universidad y los entes a cargo de la administración del beneficio.
2. Conozco y acepto que el Comité de Atención Integral de la Sede o Recinto es la dependencia encargada de recabar, tratar y conservar los datos recabados a través del documento "Información de Salud" y del presente Consentimiento, y que debo acudir a dicha instancia para actualizar los datos en caso necesario.
3. Conozco y acepto que el medio de contacto que puedo utilizar para plantear al CAI consultas o gestiones respecto del documento "Información de Salud" o del Consentimiento Informado que por este medio estoy rindiendo, es el que se indica en el siguiente cuadro, correspondiente a la sede o recinto de empadronamiento de la persona residente menor de edad a mi cargo:

Sede o Recinto	Responsable	Dirección de correo electrónico
Sede Rodrigo Facio	CAI	residencias.obas@ucr.ac.cr
Sede del Sur	CAI	residencias.golfito@ucr.ac.cr
Sede de Occidente	CAI	residencias.occidente@ucr.ac.cr
Recinto de Tacaes	CAI	tacaes@ucr.ac.cr
Sede de Guanacaste	CAI	residencias.guanacaste@ucr.ac.cr
Sede del Atlántico	CAI	sindy.ramirez@ucr.ac.cr
Recinto de Guápiles	CAI	residencias.rgu@ucr.ac.cr
Sede del Pacífico	CAI	residencias.pacifico@ucr.ac.cr
Sede del Caribe	CAI	residencias.caribe@ucr.ac.cr

4. Conozco y acepto que tengo el deber de actualizar el documento "Información de Salud" y demás datos personales solicitados por el CAI cada vez que la persona residente menor de edad a mi cargo presente la solicitud del beneficio de Residencias Estudiantiles, siempre que esta no haya alcanzado la mayoría de edad, y entregarla al momento de iniciar a recibir el beneficio, así como cada vez que se produzca una variación en las condiciones de salud consignadas en el documento "Información de Salud".
5. Conozco y acepto que, de llegar a presentarse una urgencia de salud de la persona residente menor de edad a mi cargo, que amerite la activación de los protocolos institucionales y que requiera de su traslado a alguna instancia donde se brinden servicios de salud, al momento del regreso a las instalaciones de las residencias deberá presentar el documento "epicrisis" del centro hospitalario, o el comprobante de la atención recibida. Para efecto de verificar el cumplimiento de lo dispuesto en el numeral 9, el documento que presente al momento del regreso al edificio de residencias deberá contener indicaciones precisas sobre el tratamiento y seguimiento de la condición presentada.
6. Conozco y acepto que, en caso de que la persona residente menor de edad a mi cargo reciba atención médica de urgencia al margen de la activación de protocolos internos de la UCR, a su regreso a las residencias tiene la obligación de reportar esta situación al CAI, y de aportar la "epicrisis", o el comprobante de la atención recibida, según las especificaciones dispuestas para cada caso en el numeral 5. Para efecto de verificar el cumplimiento de lo dispuesto en el numeral 9, el documento que presente al momento del regreso al edificio de residencias deberá contener indicaciones precisas sobre el tratamiento y seguimiento de la condición presentada.

7. Conozco y acepto que en caso de tramitarse un "egreso exigido" de un proceso de hospitalización de la persona residente menor de edad a mi cargo, no podrá retomar el uso del beneficio de residencias hasta contar con un documento, emitido por una persona profesional pertinente, donde se indique que cuenta con la capacidad de atender sus necesidades básicas y que el reingreso a las residencias no representa un riesgo para su integridad personal o la de otras personas.
8. Conozco y acepto que la persona residente menor de edad no podrá retomar el uso del beneficio de residencias hasta que aporte la documentación indicada en los numerales 5, 6 o 7, y que es mi obligación solicitar a la o las personas profesionales tratantes la confección del documento respectivo.
9. Conozco y acepto que en caso de que la persona residente menor de edad a mi cargo requiera un proceso de recuperación durante el cual necesite asistencia para atender sus necesidades básicas, o supervisión para el suministro de medicamentos, deberá realizar dicho proceso en un lugar distinto a las instalaciones de las Residencias Estudiantiles. Conozco y acepto que una vez que concluya el proceso de recuperación y presente al CAI el documento que así lo certifique, podrá retomar el uso del beneficio de residencias.
10. Conozco y acepto que en caso de que la persona residente menor de edad o mi persona nos neguemos a recibir asistencia para atender una urgencia de salud, a recibir traslado a un centro de salud o a seguir las indicaciones correspondientes, tendrá un impedimento para permanecer en las Residencias Estudiantiles, motivo por el cual la OBAS iniciará el trámite para otorgarle un beneficio complementario alternativo (alojamiento por la modalidad de reubicación geográfica o transporte según sea la elección), el cual será otorgado en un plazo no mayor a tres días hábiles. Conozco y acepto que cumplido este plazo se procederá al cese del beneficio de residencias, y que la persona residente menor de edad a mi cargo deberá retirarse, de manera inmediata, de las instalaciones de las Residencias Estudiantiles.
11. Conozco y acepto que es mi responsabilidad que la persona residente menor de edad cuente con el seguro de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social. De igual forma, conozco y acepto que la Universidad no asumirá en ninguna circunstancia gastos médicos en los que se incurriera por no contar con el aseguramiento debido.
12. Conozco, entiendo y acepto que, en el marco de una emergencia sanitaria nacional, las autoridades universitarias definirán un protocolo de abordaje sustentado bajo los criterios de que la salud es un derecho humano fundamental, y de que la seguridad e higiene en el estudio y trabajo deben prevalecer sobre cualquier otra situación. El protocolo sería de acatamiento obligatorio para la población estudiantil y las personas funcionarias; además, estaría sujeto a ser actualizado periódicamente.
13. Conozco, entiendo y acepto que en caso de que se declare estado de emergencia debido a circunstancias de conmoción interna o calamidad pública, o por alguna situación de riesgo para las personas residentes, el plazo para desocupar los inmuebles se definirá con base en la capacidad institucional para atender la necesidad de alojamiento y las situaciones particulares de la población residente. En este tipo de situaciones, la OBAS gestionará la asignación de otro beneficio complementario alternativo a la persona residente menor de edad (Reubicación Geográfica o Transporte), según sea la solicitud.

Conforme a lo establecido y solicitado, doy fe que la información brindada en el documento "Hoja de Salud" es veraz, la aporto en forma libre y asimismo autorizo de forma expresa para que la misma pueda ser:

- a) transferida al personal de salud que atienda alguna urgencia presentada por la persona residente menor de edad a mi cargo,
- b) utilizada para comunicarse con las personas establecidas como contacto de urgencia, indicadas en el documento "Información de Salud", mientras la persona residente menor de edad a mi cargo mantenga el beneficio de residencias y
- c) utilizada para investigaciones y estadísticas de la UCR siempre y cuando se guarde la confidencialidad de los datos y los mismos sean presentados de forma anónima.

Asimismo, doy fe de que se me ha informado por parte del CAI de mi derecho a acceder, actualizar, suprimir y revocar la información brindada, en el entendido de que si se revoca o suprime la misma, el beneficio de residencias le sería retirado a la persona residente menor de edad.

Nombre la persona encargada legal: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_





### **IMPORTANTE**

*La Gaceta Universitaria* es el órgano oficial de comunicación de la Universidad de Costa Rica, por lo tanto, al menos un ejemplar, debe estar a disposición de la comunidad universitaria en las unidades académicas y en las oficinas administrativas de la Institución.

Todo asunto relacionado con el contenido de *La Gaceta Universitaria* o su distribución será resuelto por el Centro de Información y Servicios Técnicos del Consejo Universitario.

De conformidad con el artículo 35 del *Estatuto Orgánico*, todo acuerdo del Consejo Universitario, es de acatamiento obligatorio: "Artículo 35: Las decisiones del Consejo Universitario y su ejecución y cumplimiento serán obligatorias para el Rector, los Vicerrectores y para todos los miembros de la comunidad universitaria".