

**UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO DE RIO PIEDRAS
DECANATO DE ESTUDIANTES
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS**

FORMULARIO MÉDICO GENERAL

NOTA: SI SU DOMICILIO O EL DE SUS PADRES/TUTORES **NO ES PUERTO RICO DEBE SOLICITAR FORMULARIO DISTINTO**

- Readmisión
- Admisión
 - Estudiante procedente de Escuela Superior
 - Estudiante procedente de otra institución universitaria
- Traslado (dentro del sistema UPR)

Sesión Académica

Agosto 20 _____
Enero 20 _____
Verano 20 _____

INSTRUCCIONES

Favor de leer cuidadosamente este documento antes de llenar el mismo.

La Universidad de Puerto Rico, establece como requisito que la matrícula del candidato esté condicionada a que someta el **Formulario Médico** debidamente cumplimentado en Parte A y B. La información solicitada en este documento es confidencial y será para uso exclusivo del Departamento de Servicios Médicos y no podrá ser divulgada sin previa autorización del estudiante o su representante legal.

¿Ha sido evaluado anteriormente en este Departamento? () Si () No Año _____

REQUISITOS:

Todo estudiante deberá acompañar este formulario con lo siguiente:

1. Certificado de Inmunización PVAC-3 en original a menores de 21 años. Presentar el **Documento PVAC-3** debidamente cumplimentado en todas sus partes al amparo de las directrices publicadas **para el año escolar aplicable** por el Departamento de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. De estarse cumplimentando la forma PVAC-3 antes de la actualización del documento publicado anualmente por el Departamento de Salud, se utilizará como referencia el correspondiente al año inmediatamente anterior.
2. Para aquellas enfermedades que haya padecido y eximan de recibir la vacuna para la misma, presentar documentación de acuerdo a la Ley 25 de septiembre de 1983. **PVAC 3 firmado por el médico.**
3. El PVAC-3 debe ser impreso por ambos lados. Al dorso debe tener los requisitos de vacunación.
4. Resultados de la Prueba de Tuberculina expresada en **milímetros**. Placa de pecho sólo a quienes tienen prueba positiva. Estudiantes atletas se le requiere ambas pruebas.
5. Resultados de exámenes de sangre para Sífilis (serología). Certificación de tratamiento de ser necesario.
6. Autorización para recibir atención médica. Menores de 21 años deben presentarla notariada.
7. Consentimiento para Usar o Divulgar Información de Salud – Ley HIPAA.

NOTA: ES REQUISITO ESTAR INSCRITO EN UN PLAN MÉDICO MIENTRAS SEA ESTUDIANTE DE LA UNIVERSIDAD. Deberá presentar evidencia de su plan médico en la Oficina del Registrador. De no evidenciar membresía en un plan médico, le aparecerá en su factura semestral el costo del plan médico estudiantil.

FAVOR DEVOLVER ESTE DOCUMENTO AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS DE SU RECINTO.

PARTE A: INFORMACIÓN PARA SER LLENADA POR EL ESTUDIANTE

No se discrimina por razones de salud para admisión a estudios universitarios, no obstante, ofrecer información falsa o negar información requerida deliberadamente puede constituir falta administrativa y ser causa para expulsión.

Nombre _____ Núm. Estudiante _____

Estado Civil: Soltero (a) _____ Casado(a) _____ Menor de 18 años _____; de 21 años _____; Mayor de 21 años _____

Sexo _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____

Día-mes-año

Nombre del padre _____ Nombre de la madre _____

Dirección física: _____ Tel. Res. () _____

Dirección postal: _____ Tel. Cel. () _____

Correo Electrónico _____ @UPR.EDU

En caso de emergencia notificar a _____ Parentesco _____ Tel. () _____

_____ Parentesco _____ Tel. () _____

Correo Electrónico _____ @ _____ . _____

Emancipado: No Si (Presentar evidencia - original o copia certificada)

CONTINUACIÓN PARTE A (Completar antes de entregar al Médico)

Marque aquellas enfermedades o condiciones que presente o haya presentado:

Varicelas	Sinusitis	Problemas Cardíacos	Problemas Intestinales Crónicos
Sarampión	Infecciones Garganta Frecuentes	Hipertensión	Hepatitis
Común	Tonsilitis	Colesterol alto	Enfermedad Renal
Alemán	Mononucleosis	Diabetes	Epilepsia
Poliomielitis	Asma Bronquial	Hipoglucemia	Alteraciones Emocionales
Paperas	Anemia	Enfermedad de Tiroide	Enfermedad Psiquiátrica
Difteria	Hemofilia	Enfermedades de la Piel	Traumatismos Severos
Fiebre Escarlatina	Bronquitis	Eczema	Problemas Ortopédicos
Catarros Frecuentes	Pulmonía	Ulceras	Defecto del Habla
Otitis Media	Tuberculosis	Artritis Reumatoidea	Malignidad
Defecto de Audición	Fiebre Reumática	Osteoartritis	Operaciones/Cirugías
Embarazo	Problemas Menstruales	Problemas Dentales	Dieta Especial
Vómitos con Sangre	Excretas con Sangre o Negras	Orina con Sangre	Piedras Riñón y/o Vesícula
Malaria	Fiebre Amarilla	Bilazia	Espujo con Sangre
Disturbios del Sueño	Fobias/Miedos Exagerados	Trauma a los Ojos	Sangrado en Oídos
Disturbios Alimentarios	Pérdida de Conocimiento	Disturbios del Habla	Defectos Congénitos

¿Ha tenido dificultad distinguiendo colores alguna vez en su vida? NO _____ SI _____ ¿Qué colores? _____

¿Practica Deportes? ¿Cuáles, si en la afirmativa? _____

Hospitalizaciones, cirugías o enfermedades en el último año _____

Historial de Transfusiones Sangre/Plaquetas/Plasma _____

TRANSFUSIONES ACEPTO _____ NO ACEPTO _____ Firma y edad _____

Alergias a medicamentos, ambiente o alimentos _____

Otros problemas de salud _____

Farmacoterapia al presente y/o, durante los pasados DOS años: _____

Terapias NO farmacológicas al presente y/o, durante los pasados DOS años: _____

Terapias Alternativas/Homeopáticas al presente y/o, durante los pasados DOS años: _____

CONDICIONES que presenten limitaciones físicas, emocionales o en los sentidos: _____

Países/fechas visitados durante los 24 meses anteriores a esta solicitud: _____

HISTORIAL MEDICO FAMILIAR

FAVOR indicar condiciones médicas y/o emocionales de relevancia en Padres, Abuelos, Hermanos, Hijos (**IMPORTANTE:** Historial de **CANCER** de cualquier tipo para Planificación Preventiva) _____

Certifico haber leído y entendido lo anteriormente expuesto. Certifico que todas las contestaciones con correctas y me comprometo a mantener la misma debidamente actualizada en todo momento. Autorizo al Director del Departamento de Servicios Médicos a comunicarse con mi Médico Evaluador según estime necesario para asegurar mi mejor bienestar físico, médico y emocional. Habré de consultar cualquier duda con mi Médico Evaluador o al Correo Electrónico serviciosmedicos@uprrp.edu

Fecha

Firma del estudiante

Fecha

Firma del padre, madre o tutor legal*

*si es tutor legal, favor de incluir evidencia de la designación de tutor debidamente CERTIFICADA

Parte B - EXAMEN FÍSICO

(Para ser cumplimentado en TODAS sus partes por el médico examinador; ESTUDIANTE: No escribir en esta sección)

El MEDICO que suscribe certifica:

1. _____ Ser Médico de Cabecera de el/la estudiante y mantener un expediente activo desde el año _____.
2. _____ No haber sido Médico de Cabecera de el/la estudiante, habiéndole conocido y aceptado en su práctica médica como paciente activo al día de la firma, con un expediente activo de nueva creación.
3. _____ Haber realizado la evaluación de historial personal, médico y el examen físico en presencia del candidato a estudiante al cual identificó positivamente mediante el documento _____ número _____ expedido por _____ a fecha de _____ de _____ del año de _____.
4. _____ El Médico que suscribe acepta estar disponible para consulta con el Director del Departamento de Servicios Médicos de la Universidad de Puerto Rico Recinto de _____ en la eventualidad de resultar ello necesario para el beneficio biosicosocial del candidato a estudiante.

Sexo _____ Edad _____ Peso _____ Estatura _____ Presión _____ / _____ Pulso _____ TIPO DE SANGRE si conocido _____ POS/NEG

Agudeza Visual: (Snellen Chart como mínimo) **SIN** OD 20/_____ OS 20/_____ **CON** OD 20/_____ OS 20/_____ DALTONISMO _____

Audición _____ Adecuada _____ No Adecuada OBSERVACIONES _____

Marque según la columna. Escriba N.E. si no es evaluado.

EVALUACIÓN CLÍNICA POR SISTEMA	NORMAL		COMENTARIOS
	SI	NO	
Piel			
Oídos, nariz y garganta			
Cardiovascular			
Respiratorio			
Gastrointestinal			
Urogenital (Solo si meritorio)			
Músculoesquelético			
Neurológico			

RESULTADOS DE LABORATORIOS

Serología	Fecha realizada	Resultado
Tuberculina, de ser positiva, placa de pecho	Fecha adm.	Fecha de lectura
Placa de Pecho (si aplica)	Fecha	Resultado

RESUMEN DE HALLAZGOS EN HISTORIAL, EXAMEN FÍSICO Y LABORATORIOS REQUERIDOS

PREGUNTAS	SI	NO	Comente su contestación afirmativa
¿Tiene el estudiante un problema de salud significativo/incapacitante*?			
¿Está en tratamiento por alguna condición de salud física o mental?			
¿Existe alguna contraindicación para la participación en actividades atléticas que requieran esfuerzo físico?			
¿Existe alguna recomendación especial para el manejo de los problemas de salud del estudiante en su estadía en la UPR, si alguno?			

***NOTA:** No se reconoce incapacidad legal para estudiar

Certifico haber evaluado a _____ y haberle encontrado apto/a para proseguir estudios en la que al momento de la evaluación es su primera opción de estudios superiores. De no ser este el caso, certifico haberle orientado sobre las limitaciones que su historial médico y presente condición de salud podrían presentar para sus aspiraciones profesionales.

Recomiendo _____ No Recomendando _____ evaluación adicional por un especialista en _____.

Recomiendo _____ No Recomendando _____ Consejería Vocacional

Fecha del Examen _____ Nombre del Médico _____ Firma del Médico _____ Número de Licencia _____

DIRECCION OFICINA: _____

TELEFONO _____ CORREO ELECTRONICO _____