

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

FORMULARIO MÉDICO

- |  |                  |
|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> Readmisión  | Sesión Académica |
| <input type="checkbox"/> Admisión  | Agosto 20 _____  |
| <input type="checkbox"/> Estudiante procedente de Escuela Superior               | Enero 20 _____   |
| <input type="checkbox"/> Estudiante procedente de otra institución universitaria | Verano 20 _____  |
| <input type="checkbox"/> Traslado (dentro del sistema UPR)                       |                  |
| <input type="checkbox"/> Estudiante graduado e internacional                     |                  |

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 recibido anteriormente servicios clínicos en nuestro Departamento? ( ) Si ( ) No Año \_\_\_\_\_

REQUISITOS:

Todo estudiante deberá entregar el Formulario Médico acompañado con lo siguiente:

- Certificado de Inmunización PVAC-3 en original (solamente menores de 21 años), **excepto a los estudiantes extranjeros no importando la edad**. Deberá estar cumplimentado en todas sus partes. Deberá estar impreso por ambos lados, con los requisitos de vacunación.
  - En caso de haber padecido alguna enfermedad y esté exento de recibir la vacuna deberá presentar documentación de acuerdo a la Ley 25 de septiembre de 1983. Véase formulario Exención a Vacunar por Razones Médicas o Religiosas Certificación Médica / Declaración Jurada. En el siguiente enlace: <https://www.salud.gov.pr/Dept-de-Salud/Documents/Division%20de%20Inmunizacion/Exencion%20a%20Vacunar%20por%20Razones%20Medicas%20o%20Religiosas.pdf>.
- Resultados de la Prueba de Tuberculina expresada en milímetros. **Placa de pecho sólo a quienes tienen prueba positiva. Estudiantes atletas y a los estudiantes extranjeros se le requiere ambas pruebas.** En el caso de los extranjeros, la prueba de tuberculina deberá ser realizada en PR. La placa con una fecha no mayor de seis meses.
- Resultados de exámenes de sangre para Sífilis (serología).
- Autorización para Recibir Atención Médica (affidavit) para menores de 21 años.
- Consentimiento para Usar o Divulgar Información de Salud – Ley HIPAA.

PARTE A: INFORMACIÓN PARA SER LLENADA POR EL ESTUDIANTE

Nombre \_\_\_\_\_ Núm. Estudiante \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero (a) \_\_\_ Casado(a) \_\_\_ Divorciado(a) \_\_\_ Viudo(a) \_\_\_

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. ( ) \_\_\_\_\_

En caso de emergencia notificar a \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Tel. ( ) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Tel. ( ) \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Emancipado: No  Si  (Presentar evidencia - original o copia certificada)

**CONTINUACIÓN PARTE A**

Marque aquellas enfermedades o condiciones que presente o haya presentado:

Varicelas	Disturbios alimentarios	Problemas menstruales	Problemas intestinales crónicos
Sarampión Común	Sinusitis	Pérdida de conocimiento	Osteoartritis
Sarampión Alemán	Infecciones Garganta Frecuentes	Problemas Cardíacos	Orina con sangre
Poliomielitis	Tonsilitis	Hipertensión	Hepatitis
Paperas	Mononucleosis	Colesterol alto	Enfermedad renal
Difteria	Asma Bronquial	Diabetes	Epilepsia
Fiebre Escarlatina	Anemia	Hipoglucemia	Alteraciones emocionales
Catarros frecuentes	Hemofilia	Enfermedad de Tiroide	Enfermedad psiquiátrica
Otitis Media	Bronquitis	Enfermedades de la Piel	Problemas ortopédicos
Defecto de audición	Pulmonía	Eczema	Defecto del habla
Vómitos con sangre	Tuberculosis	Úlceras	Cirugías
Malaria	Fiebre Reumática	Artritis Reumatoidea	Piedras riñón y/o vesícula

Hospitalizaciones, cirugías o enfermedades en el último año (especifique) \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos, ambiente o alimentos (especifique) \_\_\_\_\_

¿Al presente ingiere algún medicamento? (especifique) \_\_\_\_\_

Practicas algún deporte? \_\_\_ Si \_\_\_no. Si tu respuesta es afirmativa, cuál(es)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Fecha Firma del estudiante Fecha Firma del padre, madre o tutor legal\*

\*si es tutor legal, favor de traer evidencia de la designación de tutor

**Parte B - EXAMEN FÍSICO (para ser llenado por el médico examinador)**

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

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 es meritorio)			
Músculoesquelético			
Neurológico			
RESULTADOS DE LABORATORIOS			
Serología		Fecha realizada	Resultado
Tuberculina, de ser positiva, placa de pecho	Fecha adm.	Fecha de lectura	Lectura ____ mm
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 o 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?			

\_\_\_\_\_  
 Fecha del Examen Nombre del Médico Firma del Médico Número de Licencia Teléfono

**NOTA: ES REQUISITO ESTAR INSCRITO EN UN PLAN MÉDICO MIENTRAS SEA ESTUDIANTE DE LA UNIVERSIDAD. Por lo que deberá presentar evidencia de su plan médico en cada proceso de matrícula en la Oficina del Registrador. De no evidenciar su plan médico le aparecerá en su factura semestral el costo del plan médico estudiantil.**