



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

F O R M U L A R I O M É D I C O

INFORMACIÓN GENERAL

Favor de leer cuidadosamente este documento antes de completarlo. Deberás entregar el Formulario Médico (páginas 1 y 2) al Departamento de Servicios Médicos ubicado en el Centro de Estudiantes del lunes, 27 de mayo hasta el viernes, 9 de agosto de 2019 en el horario de 8:15 a 11:45 am y de 1:15 a 3:45pm.

La Universidad de Puerto Rico establece como requisito que la matrícula de cada estudiante esté condicionada a que someta el Formulario Médico debidamente cumplimentado en sus partes, Parte A y Parte B.

La información solicitada en este documento es confidencial y será para uso exclusivo del Departamento de Servicios Médicos. La información no será divulgada sin previa autorización del estudiante o su representante legal.

PARTE A: La información requerida en la Parte A deberá ser cumplimentada por el estudiante. Favor de completarlo con letra de molde legible. Deberá ser firmado por su padre, madre o tutor/a legal si es menor de 21 años de edad. Además, si quien firma es su tutor/a legal, deberá traer evidencia de la resolución del tribunal.

PARTE B: La información requerida en la Parte B deberá ser completada por un/a médico. El estudiante deberá realizarse:

- prueba de tuberculina, lectura en milímetro (m.m.)
 - Si la prueba de tuberculina resulta positiva, deberá realizarse una radiografía de pecho
 - A los/as extranjeros/as se le **REQUIERE** ambas pruebas
 - En el caso de los/as extranjeros/as, la prueba de tuberculina debe ser realizada en Puerto Rico y la fecha de la placa de pecho no debe exceder un año a la fecha de inicio del semestre
- prueba de serología (VDRL)
- CBC
- prueba de orina.

Además, cada estudiante deberá entregar el Formulario Médico acompañado con los siguientes documentos:

1. Todos los resultados de laboratorios
2. Certificado de Inmunización PVAC-3 original requerido solamente a estudiantes menores de 21 años.
3. Los estudiantes extranjeros menores 21 años cumplirán con el PVAC-3 y los mayores entregarán evidencia de vacunas como cartilla o tarjeta, según su país de procedencia.

La forma PVAC-3 deberá estar cumplimentado en todas sus partes e impreso por ambos lados (incluyendo los requisitos de vacunación).

- a. Para aquellas enfermedades que haya padecido y esté exento de recibir la vacuna, deberá presentar la documentación requerida de acuerdo a la Ley 25 de septiembre de 1983. Para más información, debe acceder a este enlace:

www.salud.gov.pr/Dept-de-Salud/Documents/Division%20de%20Inmunizacion/Requisitos%20de%20Vacunaci%C3%B3n%20para%20el%20Curso%20Escolar%202017-2018.pdf

- b. Si el estudiante no presenta el PVAC-3 por haberse acogido a las exenciones que le provee dicha ley, deberá presentar el formulario de declaración jurada. Está disponible en el siguiente enlace:

www.salud.gov.pr/Dept-de-Salud/Documents/Division%20de%20Inmunizacion/Exencion%20a%20Vacunar%20por%20Razones%20Medicas%20o%20Religiosas.pdf

4. Autorización para Recibir Atención Médica (Declaración Jurada) para menores de 21 años.
5. Consentimiento para Usar o Divulgar Información de Salud – Ley HIPAA.

Traslado - **menores de 21 años** – solicitar, en el recinto de procedencia, copia del formulario médico y la declaración jurada y el original PVAC-3.

Traslado - **mayores 21 años** - solicitar, en el recinto de procedencia, copia del formulario médico.

Si el recinto no le provee alguno de estos documentos, deberá entregar los documentos del Departamento de Servicios Médicos del Recinto de Río Piedras.



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

FORMULARIO MÉDICO

Sesión académica

- Admisión agosto 20 ____
- Estudiante procedente de **escuela superior** enero 20 ____
- Estudiante procedente de **otra institución universitaria** verano 20 ____
- Readmisión
- Traslado (dentro del sistema UPR)
- Estudiante graduado
- Estudiante internacional

¿Has recibido anteriormente servicios clínicos en nuestro Departamento? Sí No Año ____

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

Correo electrónico _____@upr.edu Otro correo electrónico _____

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. () ____ - ____

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

CONTINUACIÓN PARTE A

Marque aquellas enfermedades o condiciones que presente o haya presentado:

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

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? ____ sí ____ 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 MÉDICO

Sexo ____ Edad ____ Peso ____ Estatura ____ Presión ____/____ Pulso ____ TIPO DE SANGRE (si lo conoce) ____ 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	NORMAL		COMENTARIOS
	SÍ	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	
CBC y diferencial	Fecha realizada	Resultado	
Urinálisis:	Fecha realizada	Resultado	
RESUMEN DE HALLAZGOS EN HISTORIAL, EXAMEN FÍSICO Y LABORATORIOS REQUERIDOS			
PREGUNTAS	SÍ	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 ES ESTUDIANTE DE LA UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO. 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.