



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](http://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](http://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			
<b>RESULTADOS DE LABORATORIOS</b>			
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	
Urinalisis:	Fecha realizada	Resultado	
<b>RESUMEN DE HALLAZGOS EN HISTORIAL, EXAMEN FÍSICO Y LABORATORIOS REQUERIDOS</b>			
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.**