 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 ICO

**INFORMACIÓN GENERAL**

**Favor de leer cuidadosamente este documento antes de completarlo. La entrega de estos documentos es de manera digital a través de Portal.UPR.EDU.**  **La fecha para someter estos documentos es del 15 de mayo al 31 de agosto de 2022.**

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 su país de procedencia 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**
* p**rueba 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).

* 1. 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:

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

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

* 1. 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

1. Autorización para Recibir Atención Médica (Declaración Jurada) para menores de 21 años.
2. 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**

## F O R M U L A R I O M É D ICO

##

## 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. ( ) \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

## CONTINUACIÓN PARTE A

Marque aquellas enfermedades o condiciones que presente o haya presentado:

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

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)  |  |  |  |
| Músculoesqueletal |  |  |  |
| 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.**