



**RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS
DECANATO DE ESTUDIANTES
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS**

Una foto a
color
2 x 2

FORMULARIO MÉDICO

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

Nombre del programa al cual fue admitido _____

I N S T R U C C I O N E S

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 atendido en esta clínica anteriormente? () Si () No ¿en que año? _____

R E Q U I S I T O S

Todo estudiante de nuevo ingreso deberá acompañar este formulario con lo siguiente: (Estudiantes activos de nuestro Recinto, que continúen estudios, sólo se les requiere evidencia de tuberculina y prueba de sífilis). Visitar a su médico de familia para que le efectúe el examen físico y órdenes de los laboratorios.

FOTOCOPIE TODOS LOS DOCUMENTOS ANTES DE ENTREGARLOS.

1. Certificado de Inmunización PVAC-3

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> a. Vacuna de tétano (DPT/TD). Se administra cada 10 años para todas las personas de todas las edades. b. Dos dosis de MMR (o dos dosis de sarampión común, dos dosis de sarampión alemán y dos dosis de paperas administradas individualmente). Todas las vacunas tienen que haberse administrado después de cumplir los doce meses de nacido. Cualquier vacuna administrada antes del año de edad se considera nula. (Si tiene más de 30 años, no se recomienda la administración de la misma). c. Tres dosis de Hepatitis B (puede obtenerla en el Recinto a un costo módico). | <ul style="list-style-type: none"> 2. Resultados de la Prueba de Tuberculina (PPD) (anual) 3. Placa de Pecho (sólo quienes tienen prueba de tuberculina positiva). 4. Resultados prueba de sangre para Sífilis (serología) V.D.R.L. (anual) 5. Autorización para recibir atención médica. Menores de 21 años deben presentarla notariada. (ver anejo) 6. Una foto 2 x 2 7. Prueba de Sangre de Anticuerpos de Superficie contra Hepatitis B (Hepatitis B Surface Antibodies) (HBsAb ó antiHBS) sólo para estudiantes que ya se administraron las tres dosis de la vacuna. |
|---|--|

FAVOR DEVOLVER ESTE DOCUMENTO CON TODOS LOS LABORATORIOS, PRUEBAS Y VACUNAS ADJUNTOS AL MISMO A: DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS (Tercer piso, Oficina B-349, Edif. Principal del RCM) o enviar por correo a:

Servicios Médicos a Estudiantes PO Box 365067, San Juan PR 00936-5067. TEL (787) 758-2525 Ext. 1215 y 1216. Fax. (787) 766-0122

FOTOCOPIE TODOS LOS DOCUMENTOS ANTES DE ENTREGARLOS.

PARTE A: INFORMACIÓN PARA SER LLENADA POR EL ESTUDIANTE

Nombre _____ Núm. Estudiante _____

Estado Civil: Soltero (a) ___ Casado(a) ___ Divorciado(a) ___ Viudo(a) ___ Núm. Seguro Social _____

Género Indique: Mas. _____ Fem. _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____
Día-mes-año

Dirección física: _____ Tel. Res. () _____

Dirección postal: _____

_____ Celular () _____

Nombre del padre _____ Nombre de la madre _____

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

Segunda Persona Notificar en caso de emergencia _____ Parentesco _____ TEL. () _____

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

NOMBRE _____ **NÚM. ESTUDIANTE** _____

CONTINUACIÓN PARTE A
(para ser llenado por el estudiante)

Circule 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 Tiroides | 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 | Cáncer |
| Defecto Secundario de Audición | Fiebre Reumática | Osteoartritis | Operaciones |

Hospitalizaciones o enfermedades en el último año _____

Alergias a medicamentos o alimentos _____

Otros problemas de salud _____

Indicar tratamiento médico actual, si alguno _____

Fecha Firma del estudiante Fecha Firma del padre, madre o tutor legal

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

Nombre _____

Sexo ____ Edad ____ Peso ____ Estatura ____ Presión ____ Pulso ____ **Agudeza Visual:** Ojo Der. ____ Ojo. Izq. ____ Audición ____

Marque según la columna. Escriba N.E. en la columna si el paciente no fue evaluado en algunas de las alternativas.

Evaluación Clínica por sistema	Marque (✓)		Comentarios
	Si	No	
Piel			
Oídos, nariz y garganta			
Cardiovascular			
Respiratorio			
Gastrointestinal			
Urogenital			
Musculoesqueletal			
Neurológico			
Serología			Fecha realizada Resultado
Tuberculina, de ser positiva, Placa de Pecho	Fecha adm.	Fecha de lectura	Lectura
Placa de Pecho (si aplica)	Fecha	Resultado	
Vacunas de Tétano (últimos diez años)			
Vacunas de Hepatitis B:	1) 2) 3)		
Vacunas de MMR:	1) 2)		
Anticuerpos de Superficie contra Hepatitis B (sólo personas que se vacunaron contra Hep. B.)	Fecha:	Resultado:	

DEBE ADJUNTAR LOS RESULTADOS DE TODOS LOS LABORATORIOS, PRUEBAS Y VACUNAS AL FORMULARIO, 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

DECLARACIÓN JURADA PARA ESTUDIANTES MENORES DE 21 AÑOS

Yo, _____ y vecino de _____, Puerto Rico,
Nombre del padre o tutor pueblo

faculto al personal autorizado por el Honorable Secretario de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico en cualquier rama de la medicina y que preste sus servicios en los Departamentos u Oficinas de Servicios Médicos de los Recintos y Colegios de la Universidad de Puerto Rico, a que brinden la atención médica que sea necesario a mi hijo(a) _____

Nombre completo del menor

con el fin de preservar la salud o reducir el daño o incapacidad que pueda surgir a consecuencia de un accidente o una enfermedad mientras curse estudios o practique algún deporte en las instalaciones del Recinto o Colegio o en cualquier otra estructura no perteneciente a los mismos y que diagnostique, trate, opere o practique aquellas medidas terapéuticas o correctivas que crea pertinentes y además administre los medicamentos y/o tratamientos que sean prescritos de conformidad con las Leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Autorizo a ser referido(a) a otros médicos y/o instituciones hospitalarias debidamente acreditadas por el Departamento de Salud del área.

En _____, hoy día _____ de _____ de _____.
Pueblo mes año

FIRMA DEL PADRE O TUTOR

FIRMA DEL ESTUDIANTE (MENOR)

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

NÚMERO DE ESTUDIANTE

AFFIDAVIT NÚMERO: _____

JURADA Y SUSCRITO ANTE MÍ por _____

de las circunstancias personales antes expresadas, y a quien doy fe de conocer personalmente en _____, Puerto Rico, hoy día _____ de _____ de 200 ____.

SELLO Y FIRMA DEL NOTARIO



UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS
SERVICIOS MÉDICOS A ESTUDIANTES
PO BOX 365067
SAN JUAN PR 00936-8344
Tel (787) 758-2525 Exts. 1215 y 1216

**CONSENTIMIENTO PARA USO Y DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA DE PACIENTES**

Nombre del estudiante: _____ Núm. Estudiante: _____

De conformidad con el Artículo 11, de la Ley Núm. 194 del 2000, *Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente*, usted tiene el derecho de consentir para permitir que su información de salud protegida sea utilizada y divulgada para propósitos de Tratamiento, Pago y Actividades Relacionadas con el Cuidado de Salud. Al momento de solicitar por primera vez nuestros servicios, recibirán una copia de nuestra Política de Privacidad y Confidencialidad.

Tratamiento: Su información de salud protegida puede ser compartida entre nuestros médicos, empleados, residentes u otro personal, autorizados a participar en su cuidado médico, con el propósito de ofrecerle un servicio de calidad.

Pago: Toda actividad dirigida a facturar y cobrar por los servicios y tratamientos médicos ofrecidos.

Actividades Relacionadas con el Cuidado de Salud: Actividades de administración de nuestra entidad, como por ejemplo, programas de adiestramiento de profesionales, auditorías y actividades de mejoramiento de calidad.

Usted tiene el derecho de restringir el uso y divulgación de su información de salud protegida para llevar a cabo las operaciones de Tratamiento, Pago o Actividades de Cuidado de Salud. No obstante, la Oficina de Servicios Médicos al Estudiante se reserva el derecho de no aceptar su restricción si la misma pone en riesgo la calidad del servicio ofrecido ó si la divulgación es requerida por ley, reglamento ó por orden judicial.

Usted tiene el derecho de revocar el consentimiento en cualquier momento por escrito. La revocación tendrá efectividad prospectiva y no aplicará a divulgaciones efectuadas basadas en el consentimiento original.

CONSENTIMIENTO

Este consentimiento cobrará efectividad inmediata luego de su firma y la entrega de documentos para su expediente médico en nuestro Departamento.

Certifico que he leído las disposiciones de este consentimiento, que lo entiendo y que estoy de acuerdo con los términos y condiciones expresadas en el mismo.

Firma del Paciente

Firma del Padre o Tutor del Paciente

Fecha

Nombre del Padre o Tutor del Paciente

Fecha

***Nota:** Cuando el paciente es **menor de 21 años**, y no está emancipado, deberá traer este documento firmado por sus padres o tutor.