

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) | |



INSTRUCCIONES

Favor de leer cuidadosamente este documento antes de llenar el mismo.

La Universidad de Puerto Rico, establece como requisito de matrícula del candidato esté condicionado 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 evaluado anteriormente en este Departamento? () Sí () No Año _____

REQUISITOS

Todo estudiante deberá acompañar este formulario con lo siguiente:

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Certificado de Inmunización PVAC-3 <ol style="list-style-type: none"> a. Tres o más dosis de difteria, pertusis y tétano (DPT/TD). Refuerzo después de los 10 años de administración de la última dosis. Está sujeto a disponibilidad de vacuna. b. Tres dosis de polio o más. La última dosis en o después de los 4 años de edad (no se requiere para mayores de 18 años). c. Dos dosis de MMR (o 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. d. Tres dosis de Hepatitis B (requerida a menores de 19 años). | <ol style="list-style-type: none"> 2. Resultados de la Prueba de Tuberculina o Placa de Pecho sólo a quienes tienen prueba positiva. Estudiantes atletas se le requiere ambas. 3. Resultados de exámenes de sangre para Sífilis (serología) y CBC. 4. Autorización para recibir atención médica. Menores de 21 años deben presentarla notariada (Declaración Jurada). 5. Evidencia de plan médico (copia de la tarjeta con fecha vigente o certificación de la aseguradora). 6. Dos fotos 2 × 2 7. Consentimiento para Usar o Divulgar Información de Salud – Ley HIPAA 8. Estudiantes en traslado, deberán presentar copia certificada de Autorización para recibir atención médica y PVAC-3 en original de la Institución de origen. |
|--|---|

FAVOR DE DEVOLVER ESTE DOCUMENTO AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS DE SU RECINTO. RECUERDE QUE ES REQUISITO ESTAR ACOGIDO A UN PLAN MÉDICO MIENTRAS SEA ESTUDIANTE DE LA UNIVERSIDAD

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 _____

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. Celular del estudiante () _____

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

_____ Parentesco _____ Tel. () _____

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

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO EN ARECIBO
DECANATO DE ESTUDIANTES
OFICINA DE SERVICIOS MÉDICOS

INSTRUCCIONES

Todos los estudiantes admitidos deben presentar los siguientes documentos, según corresponda:

1. Nuevo Ingreso

- a. Formulario Médico
- b. Laboratorios
 - CBC y Diferencial
 - VDRL (Sífilis)
 - Prueba de tuberculina
 - Si el estudiante es atleta:
 1. Placa de Pecho
 2. Tipo de Sangre
 - Si el estudiante es de enfermería
 1. Certificado de Salud adicional a la tuberculina y el VDRL
- c. Ley HIPAA – Consentimiento para Uso y/o Divulgación de Información de Salud
- d. Evidencia de Plan Médico vigente
 - Copia de la MA-10 si es Reforma de Gobierno de P.R.
 - Certificación si es privado
- e. Declaración Jurada
- f. PVAC-3 original – Certificación de vacunación

2. Traslado (De otra UPR)

- a. Formulario Médico
- b. Laboratorios
 - CBC y Diferencial
 - VDRL (Sífilis)
 - Prueba de tuberculina
 - Si el estudiante es atleta:
 1. Placa de Pecho
 2. Tipo de Sangre
 - Si el estudiante es de enfermería
 1. Certificado de Salud
- c. Ley HIPAA – Consentimiento para Uso y/o Divulgación de Información de Salud
- d. Evidencia de Plan Médico vigente
 - Copia de la MA-10 si es Reforma de Gobierno de P.R.
 - Certificación si es privado
- e. Declaración Jurada (COPIA)
- f. PVAC-3 original – Certificación de vacunación

3. Transferencia (de Instituciones Privadas)

- a. Formulario Médico
- b. Laboratorios
 - CBC y Diferencial
 - VDRL (Sífilis)
 - Prueba de tuberculina
 - **Si el estudiante es atleta:**
 - 1. Placa de Pecho
 - 2. Tipo de Sangre
 - Si el estudiante es de enfermería
 - 1. Certificado de Salud adicional a la tuberculina y el VDRL
- c. Ley HIPAA – Consentimiento para Uso y/o Divulgación de Información de Salud
- d. Evidencia de Plan Médico vigente
 - Copia de la MA-10 si es Reforma de Gobierno de P.R.
 - Certificación si es privado
- e. Declaración Jurada
- f. PVAC-3 original – Certificación de vacunación

4. Permisos especiales

- a. COPIA de la carta de aceptación al programa de Permiso Especial
- b. COPIA de PVAC-3(HOJA VERDE DE VACUNAS)
- c. Declaración Jurada (COPIA si es UPR)
- d. Evidencia del Plan Médico vigente
 - Copia de la MA-10 si es Reforma de Gobierno de P.R.
 - Certificación si es privado

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO EN ARECIBO
DECANATO DE ESTUDIANTES
OFICINA DE SERVICIOS MÉDICOS

FECHA DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Horario de entrega de lunes a jueves de 8:00 am – 11:30 am y 1:00 pm – 3:00 pm

| Apellidos | Fecha de entrega |
|-----------|---------------------|
| A-B | 2 de junio de 2020 |
| C-D | 3 de junio de 2020 |
| E-F | 4 de junio de 2020 |
| G | 8 de junio de 2020 |
| H-I | 9 de junio de 2020 |
| J-K | 10 de junio de 2020 |
| L | 11 de junio de 2020 |
| M-N | 15 de junio de 2020 |
| O-P | 17 de junio de 2020 |
| Q-R | 18 de junio de 2020 |
| S | 22 de junio de 2020 |
| T-U | 23 de junio de 2020 |
| V-W-X-Y | 24 de junio de 2020 |
| Z | 25 de junio de 2020 |

NOTA IMPORTANTE:

Después de las 3:00 pm se estarán realizando tareas administrativas, por lo que no se atenderán estudiantes.

El **martes, 16 de junio de 2020** se estarán llevando a cabo los actos de graduación, por lo que no se estará ofreciendo servicio ese día.



**Consentimiento para Usar y/o Divulgar Información de Salud para
Propósitos de Tratamiento, Pago u Operaciones de la Oficina de Servicios Médicos**

La ley federal Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) del 1996 requiere que se le notifique al paciente la política de privacidad y confidencialidad de la entidad y que se evidencie dicha notificación. La Carta de Derechos y Obligaciones del Paciente requiere que para poder proveerle nuestros servicios debemos obtener su consentimiento para utilizar y divulgar su información de salud protegida para propósitos de tratamiento, pago y otras transacciones u operaciones para el cuidado de la salud que lleva a cabo nuestra Oficina.

Para cumplir con estas dos disposiciones de ley, le hemos entregado la notificación de la Política de Privacidad y Confidencialidad y de este consentimiento para usar y divulgar su información de salud. Al firmarlo, usted reconoce haberse enterado de nuestra Política de Privacidad y Confidencialidad y consiente al uso y divulgación de su información de salud según se describe en dicho documento.

Por favor, revise este consentimiento con mucho cuidado. Luego de revisar usted este documento y estar de acuerdo con sus términos y condiciones, firmelo y anote la fecha donde se indica. Al firmar este consentimiento usted autoriza a que nuestra Oficina conforme a la ley, use y divulgue su información de salud protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos o transacciones y para aspectos operacionales de nuestra Oficina.

Usted tiene el derecho a solicitar a nuestra Oficina restricciones en cuanto al uso y divulgación que hagamos de su información de salud para efectos de tratamiento, pagos o cualquier otra transacción u operación para el cuidado de su salud de conformidad con las disposiciones de ley al efecto. No obstante, nuestra Oficina no está obligada a aceptar su solicitud de restricciones. Sin embargo, si aceptan las restricciones de uso o divulgación solicitadas por usted, dichas restricciones se convierten en obligatorias y nuestra Oficina deberá cumplirlas.

Con la firma de este documento consentimiento usted autoriza a nuestra Oficina, nuestros empleados (de conformidad con la ley federal HIPAA incluye además de los empleados/as, las personas que realizan trabajo voluntario para la organización) y sus asociados usen y divulguen su información de salud protegida para efectos de tratamiento, pago, transacciones y operaciones para el cuidado de su salud.

Usted tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto en tanto y en cuanto nuestra Oficina, nuestros empleados/as y/o asociados de negocio hayan tomado alguna acción de uso y/o divulgación basado en el mismo.

De usted necesitar o interesar examinar en más detalle nuestra Política de Privacidad y Confidencialidad antes de firmar este documento, puede solicitar la misma al Oficial de Privacidad de nuestra Oficina de Servicios Médicos. Por favor, observe que, conforme a la legislación aplicable, nuestra Oficina se reserva el derecho de revisar, modificar o enmendar la política y práctica sobre uso y divulgación descrita en la notificación en cualquier momento. De usted interesar la notificación revisada y enmendada, favor de así solicitarla al Oficial de Privacidad de la Oficina de Servicios Médicos.

Yo, _____ certifico que he leído las disposiciones de este consentimiento, que lo entiendo y que estoy de acuerdo con los términos y condiciones expresados en el mismo.

Firma del Paciente: _____
Firma del Padre o Tutor del Paciente: _____
Nombre del Padre o Tutor del Paciente: _____
Fecha: _____

USO EXCLUSIVO DE LA INSTITUCIÓN
Se entregó las copias o la información fue divulgada

Por: _____ Fecha: _____



AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA
ESTUDIANTES MENORES DE 21 AÑOS

Yo, _____, mayor de edad, _____, vecino/a
Nombre del padre, madre o encargado Estatus civil
de _____, Puerto Rico, en mi carácter de _____ por la presente:
pueblo padre, madre o encargado

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 de la Universidad de Puerto Rico a que presten a mi hijo/a la atención medica que sea necesaria 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 facilidades de este Recinto o cualquier otra facilidad no perteneciente a los mismos y que diagnostique, trate, opere o practique aquellas medidas terapéuticas o correctivas que crean 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 _____.

Firma del estudiante

Firma del padre, madre o encargado

Número de estudiante

Número de Seguro Social del padre o encargado

Número de Seguro Social del estudiante
(últimos cuatro)

AFFIDAVIT NÚMERO: _____

JURADO Y SUSCRITO ANTE MI por _____ de las
circunstancias personales antes expresadas, y a quien doy fe de conocer personalmente en
_____, Puerto Rico hoy día _____ de _____ de _____.

SELLO Y FIRMA DEL NOTARIO