INSTRUCCIONES

Estudiantes Nuevo Ingreso

La Oficina de Servicios Médicos cuenta con personal de enfermería, secretaria y médico para ofrecer un servicio de calidad. Nuestra misión es brindar una atención médica primaria a los estudiantes y comunidad universitaria basándose en un cuidado holístico. El propósito de estos documentos requeridos es cumplir con el Reglamento de la Universidad de Puerto Rico que establece que todo estudiante que ingrese a dicha universidad debe cumplir con los requisitos mencionados a continuación.

Los siguientes documentos deben subirse al PORTAL NEXT:

1. **Historial Médico**
2. **Laboratorios**
   - Lectura de tuberculina
     - ✓ Certificado de Salud **(solo estudiantes admitidos al programa de Enfermería)**
3. **Consentimiento para Uso y/o Divulgación de Información…** (Ley HIPAA)
4. **Evidencia de Plan Médico**
   - Brindar la información de su plan médico en el PORTAL, donde dice "Health Insurance".
   - Todo estudiante que no tenga plan médico debe pasar por la oficina de Servicios Médicos para ser orientado en relación al plan médico.
5. **Declaración Jurada**
   - Tiene como propósito facultar al personal autorizado de Servicios Médicos a brindar atención médica, medicamentos o tratamientos de ser necesarios.
     - ✓ Menor de 21 años – debe estar debidamente notarizada
6. **PVAC-3** (hoja verde de vacunas actualizada)
   - Debe estar transcrito en el formato digital provisto por PREIS
   - De no administrarse vacunas debe de presentar **la Exención a vacunas por Razones Médicas o Religiosas**

IMPORTANTE:

- La Declaración Jurada y el PVAC-3 deben ser entregados en la Oficina de Servicios Médicos.
- Todo documento debe ser subido simultáneamente al portal en o antes de la fecha límite.
- De no subir los documentos procederá a ser estudiante deudor y se le colocará un "HOLD FLAG" hasta que entregue los mismos.

Universidad de Puerto Rico en Arecibo
Decanato de Asuntos Estudiantiles
Oficina de Servicios Médicos

Fechas límites para subir los documentos al Portal por apellido:

TABLA

Apellidos	Día	Fecha
A-B	jueves	5 de junio de 2025
C-D	viernes	6 de junio de 2025
E-F	lunes	9 de junio de 2025
Martes 10 de junio de 2025 (Oficina Cerrada: Actos de Graduación)		
G-H	miércoles	11 de junio de 2025
I-J	jueves	12 de junio de 2025
K-L	viernes	13 de junio de 2025
M-N	lunes	16 de junio de 2025
Ñ-O	martes	17 de junio de 2025
P-Q	miércoles	18 de junio de 2025
R-S	viernes	20 de junio de 2025
T-U	lunes	23 de junio de 2025
V-W	martes	24 de junio de 2025
X-Y-Z	miércoles	25 de junio de 2025

*Una vez le den acceso al PORTAL NEXT y tengan todos los documentos completos pueden subirlos. Recuerden que tienen una fecha límite según su primer apellido para que los documentos requeridos en la Oficina de Servicios Médicos estén en el Portal. *Ver tabla adjunta.*

*De tener algún inconveniente favor de comunicarse a la Oficina de Servicios Médicos al **787-815-0000** ext. **4800** /**4802** (Yashira Ramos, Enfermera) /**4803** (José Romero, Enfermero).

Universidad de Puerto Rico en Arecibo
Decanato de Asuntos Estudiantiles
Oficina de Servicios Médicos

HISTORIAL MÉDICO

PARTE A. INFORMACIÓN PERSONAL (PARA SER COMPLETADA POR EL ESTUDIANTE)

- ☐ Nuevo Ingreso – Estudiante procedente de Escuela Superior
- ☐ Readmisión
- ☐ Transferencia – Estudiante procedente de otra institución universitaria
- ☐ Traslado dentro del Sistema UPR
- ☐ Permiso Especial
- ☐ Mejoramiento Profesional
- ☐ Estudiante Graduado
- ☐ Estudiante Internacional / Intercambio

Nombre: _____ **Número de estudiante:** _____ **Sexo:** ☐ M ☐ F ☐ Otro ☐ Prefiero no responder

Estado civil: ☐ Soltero (a) ☐ Casado (a) ☐ Divorciado (a) ☐ Viudo (a) | ***Emancipado:** ☐ SI ☐ NO

Fecha de nacimiento: _____ (día/mes/año) **Edad:** _____ **Lugar de nacimiento:** _____ (pueblo/nación)

Dirección Física: _____ | **Dirección Postal:** _____

Teléfono: _____ | **Correo Electrónico Institucional:** _____

Nombre del padre: _____ **Teléfono del padre:** _____ | **Nombre de la madre:** _____ **Teléfono de la madre:** _____

En caso de emergencia notificar a: _____ **Parentesco:** _____ **Teléfono:** _____

En caso de emergencia notificar a: _____ **Parentesco:** _____ **Teléfono:** _____

PARTE B. CONDICIONES DE SALUD (PARA SER COMPLETADA POR USTED)

Marque aquellas enfermedades o condiciones que presente o haya presentado: las presentes con (√) y las pasadas con (x)

Alteraciones Emocionales		Enfermedades Respiratorias		Osteoporosis	
Anemia		Enfermedades de Transmisión Sexual		Otitis Media	
Artritis Reumatoidea		Enfermedad de Tiroides		Paperas	
Catarros Frecuentes		Epilepsia		Poliomielitis	
Colesterol		Fiebre Escarlatina		Problemas Cardiacos	
Defecto del Habla		Fiebre Reumática		Problemas Intestinales Crónicos	
Defecto de Audición		Hemofilia		Problemas Ortopédicos	
Diabetes		Hepatitis		Sarampión	
Difteria		Hipoglucemia		Traumatismos Severos	
Enfermedades de la Piel		Infecciones Garganta Frecuentes		Tuberculosis	
Enfermedad Psiquiátrica		Malignidad		Úlceras	
Enfermedad Renal		Mononucleosis		Varicelas	

Favor de contestar las siguientes preguntas:
Si es afirmativo brindar detalles y si es negativo favor escribir No o Ninguno.

Otros problemas de salud:
Indique tratamiento actual, si alguno:
Cirugías o procedimiento (operaciones):
Alergias a medicamentos o alimentos:
Hospitalizaciones o Enfermedades en el último año:

*Los formularios de pacientes menores de edad emancipados o con firma del Tutor deberán estar acompañados de la evidencia acreditativa de su emancipación o asignación como Tutor.

_____ Firma del estudiante

_____ Firma Tutor o Encargado (en menores de 21 años)

_____ Fecha (día/mes/año)

Universidad de Puerto Rico en Arecibo
Decanato de Asuntos Estudiantiles
Oficina de Servicios Médicos

INFORMACIÓN PERSONAL, PACIENTE MENOR DE 21 AÑOS

Nombre y apellidos: _____ Núm. Estudiante: _____

Fecha de nacimiento (D/M/A): _____ Edad: ____Teléfono: _____

Estado civil: _____ Nombre y apellido del cónyuge: _____ ☐ No aplica

Información del padre, madre o tutor legal que cumplimenta el documento:

Nombre y apellidos: _____ Teléfono: _____Relación: _____

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO AMBULATORIO

_____ _____
Nombre del paciente Nombre del padre, madre o tutor

Autorizamos al personal de los Departamentos u Oficinas de Servicios Médicos de los recintos de la Universidad de Puerto Rico, a que cuando la persona aquí designada como paciente acuda a solicitar servicios médicos se le realicen las evaluaciones, estudios diagnósticos, tratamientos médicos no urgentes y, en caso de emergencia médica, se le brinde el tratamiento médico que, a juicio clínico, sea necesario dentro de la práctica usual y prevaleciente de la medicina. Sabemos que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se nos ha ofrecido garantía sobre el resultado de los servicios de salud a recibir.

En caso de requerir servicios médicos fuera de los Departamentos u Oficinas de Servicios Médicos, se autoriza a que el/la paciente reciba las evaluaciones, estudios diagnósticos, servicios de emergencia y tratamientos no urgentes, según el estado de salud del paciente. En ello autorizamos que el paciente esté acompañado(a) por un representante de la institución universitaria.

Esta autorización será válida a partir de la firma y mientras el estudiante este cursando estudios en cualquiera de nuestros recintos.

Certifico, que he leído y entiendo este consentimiento para recibir servicios de salud, y que toda la información suministrada es la verdad y se provee voluntariamente.

_____ _____
Firma del Paciente Firma del padre, madre o tutor

_____ _____
Fecha (día/mes/año) Hora

*Requerido para pacientes menores de 21 años de edad, no emancipados. Los formularios de pacientes menores de edad emancipados o con firma del Tutor deberán estar acompañados de la evidencia acreditativa de su emancipación o asignación como Tutor, la cual deberá estar apostillada de ser emitida fuera de Puerto Rico.

Affidavit número: _____

Jurado y suscrito ante mí por_____ y _____, mayores de edad, vecinos de _____, y _____(relación) del menor de referencia, y a quienes DOY FE de haber identificado mediante _____. En _____, _____, hoy ___de _____de 20__.

SELLO Y FIRMA DEL NOTARIO

Universidad de Puerto Rico en Arecibo
Decanato de Asuntos Estudiantiles
Oficina de Servicios Médicos

NOTIFICACIÓN DE LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD

AUTORIZACIÓN DE USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

La Universidad de Puerto Rico y sus recintos, en cumplimiento a la ley federal, *Health Insurance Portability and Accountability Act* **(HIPAA)** del año 1996 y de conformidad al Artículo 11 de la ley Número 194, Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente, del año 2000, establece la orientación y el consentimiento sobre el uso y divulgación de la información de salud protegida de sus pacientes, previo a solicitar cualquier servicio de salud en las facilidades de los Servicios Médicos.

Como proveedores de servicios de salud, los Departamentos u Oficinas de Servicios Médicos (DSM/OSM) y todo su personal, tienen la obligación en ley, de proteger y asegurar la confidencialidad y privacidad de la información de salud de sus pacientes. La información protegida de salud incluye, pero no se limita a: historial médico, laboratorios, pruebas y exámenes diagnósticos, evaluación y tratamiento médico o psicológico, intervención de enfermería, síntomas y diagnósticos, así como cualquier información sobre cuidado médico y planes de salud.

La información de salud protegida será utilizada para: a) planificar su cuidado y tratamiento médico o psicológico, b) comunicación entre los profesionales de la salud que participen de su cuidado de salud, c) información para determinar un diagnóstico médico-quirúrgico, d) fines de facturación y auditorías de utilización de servicios por parte de su plan médico, e) auditoría de calidad y efectividad de los servicios, y, f) el cumplimiento de las leyes, reglamentos u órdenes administrativas emitidas por el Departamento de Salud de Puerto Rico.

Al firmar esta autorización, usted autoriza a los DSM/OSM, a través de su personal y socios, a utilizar su información de salud y divulgarla dentro de los parámetros permitidos por ley. La efectividad de este consentimiento está condicionada a solicitar y recibir servicios médicos de los DSM/OSM de los recintos universitarios adscritos a la Universidad de Puerto Rico y será válido mientras esté cursando sus estudios universitarios.

Certifico que he leído las disposiciones de esta autorización, que las entiendo, y que estoy de acuerdo con los términos y condiciones expresados en el mismo.

Firma del Estudiante: _____

Nombre del Estudiante: _____

Número de Estudiante: _____

***Firma del Padre o Tutor del Estudiante:** _____

***Nombre del Padre o Tutor del Estudiante:** _____

Fecha: _____

DEPARTAMENTO DE SALUD

CERTIFICACION MÉDICA
SOBRE EXENCIÓN A VACUNAR POR RAZONES MÉDICAS

Conforme a lo dispuesto en el Artículo 5 de la Ley Número 25 de 25 de septiembre de 1983, según enmendada, mejor conocida como la Ley de Inmunización para Niños Preescolares y Estudiantes, no se requerirá el Certificado de Vacunación para efetos de trámite de matrícula para el ingreso a una institución educativa de todo estudiante que presente una declaración jurada solicitando exención de vacunar por razones religiosas, o una certificación firmada por médico autorizado a ejercer la profesión en Puerto Rico, solicitando dicha exención por condiciones médicas. La Ley Número 25 no permite exenciones por razones personales ni filosóficas.

Ningún estudiante está obligado a recibir una vacuna si tiene una contraindicación médica, antecedentes de enfermedades o evidencia de laboratorio de inmunidad. Para que un estudiante reciba una exención médica, la certificación a continuación debe ser firmada por un médico.

Certifico que las vacuna en la lista a continuación, están contraindicadas por razones médicas, evidencia de laboratorio de inmunidad o bien porque tal inmunidad existe debido a un antecedente de enfermedad confirmado por laboratorio.

☐ **DTaP** ☐ **MMR** ☐ **Hib** ☐ **Varicela** ☐ **Meningococo**

☐ **Polio** ☐ **Hep. B** ☐ **Pneumococo** ☐ **VPH** ☐ **Tdap**

Nombre del Estudiante (nombre y ambos apellidos)	
Razón (condición o contraindicación) y posible duración de la condición	

_____ _____
Nombre del Médico (letra de molde) Núm. Licencia

_____ _____
Firma del Médico Fecha

Padre o tutor legal: Favor de entregar este formulario al personal de la institución educativa de su hijo (a) al principio de cada año escolar. La vigencia de la certificación médica será anual.

P.O. Box 70184 San Juan PR 00936-8184
www.salud.gov.pr

DECLARACIÓN JURADA
SOBRE EXENCIÓN A VACUNAR POR RAZONES RELIGIOSAS (ESTUDIANTES)

Yo,_____, mayor de edad,_____, _____
(Nombre padre, madre o tutor) (Estado Civil) (Profesión)
y vecino(a) de_____, Puerto Rico, bajo juramento declaro lo siguiente:

1. Que mi nombre y demás circunstancias personales son las antes expresadas.
2. Que yo, _____, suscribo esta declaración en calidad de _____
(Nombre) (Madre, Padre o Tutor)
del menor_____.
(Nombre estudiante o niño preescolar)
3. Que eximo a mi hijo o tutelado de los requisitos de vacunación contra las siguientes enfermedades para asistir a la escuela, universidad, centro de cuidado diurno o centro de tratamiento social:

_ DTaP	_____MMR	____Hib	Varicella	____Meningococo
_ Polio	_____Hep. B	____Pneumococo	_ VPH	_____Tdap

4. Que conozco las disposiciones de la Ley Núm. 25 de 25 de septiembre de 1983, según enmendada, que establece que, durante una epidemia, mi hijo o tutelado podrá ser inmunizado, según determine un representante autorizado del Departamento de Salud, ya que esta excepción se considerará nula.
5. Que he leído las disposiciones sobre la vacunación obligatoria que rigen en la jurisdicción de Puerto Rico y entiendo los riesgos de no vacunar a mi hijo o tutelado.
6. Que entiendo que la presente Declaración Jurada sobre Exención a Vacunar por Razones Religiosas es válida por el periodo de un (1) año, a partir de la fecha de la juramentación. Luego del término de un (1) año, debo presentar una nueva exención.
7. Que se suscribe esta declaración a los fines de solicitar una "Exención a Vacunar por Razones Religiosas", por las siguientes sinceras creencias religiosas:
_____
_____
_____
_____.
8. Que hemos leído las disposiciones de la Ley Núm. 25 de 25 de septiembre de 1983 y entiendo las sanciones que impone la misma por suministrar información falsa al registrador de la escuela o al director de un centro de cuidado diurno o centro de tratamiento social.
9. Que todo lo aquí expuesto es la verdad y nos consta de propio y personal conocimiento.

En_____, Puerto Rico, hoy,_____de_____de_____.

_____
(Firma del Padre, Madre o Tutor)

AFFIDAVIT: _____

Jurado y suscrito ante mí por_____padre / madre o encargado del menor _____, de las circunstancias ante mencionadas, a quien doy fe conocer personalmente o de haber identificado mediante _____ _____.

En_____, Puerto Rico, hoy_____de_____de_____.

NOTARIO PÚBLICO

Pasos para subir documentos de Servicios Médicos

Documents Medical Services, Guide for Students
GUIDE_SERVMED_STUDENT

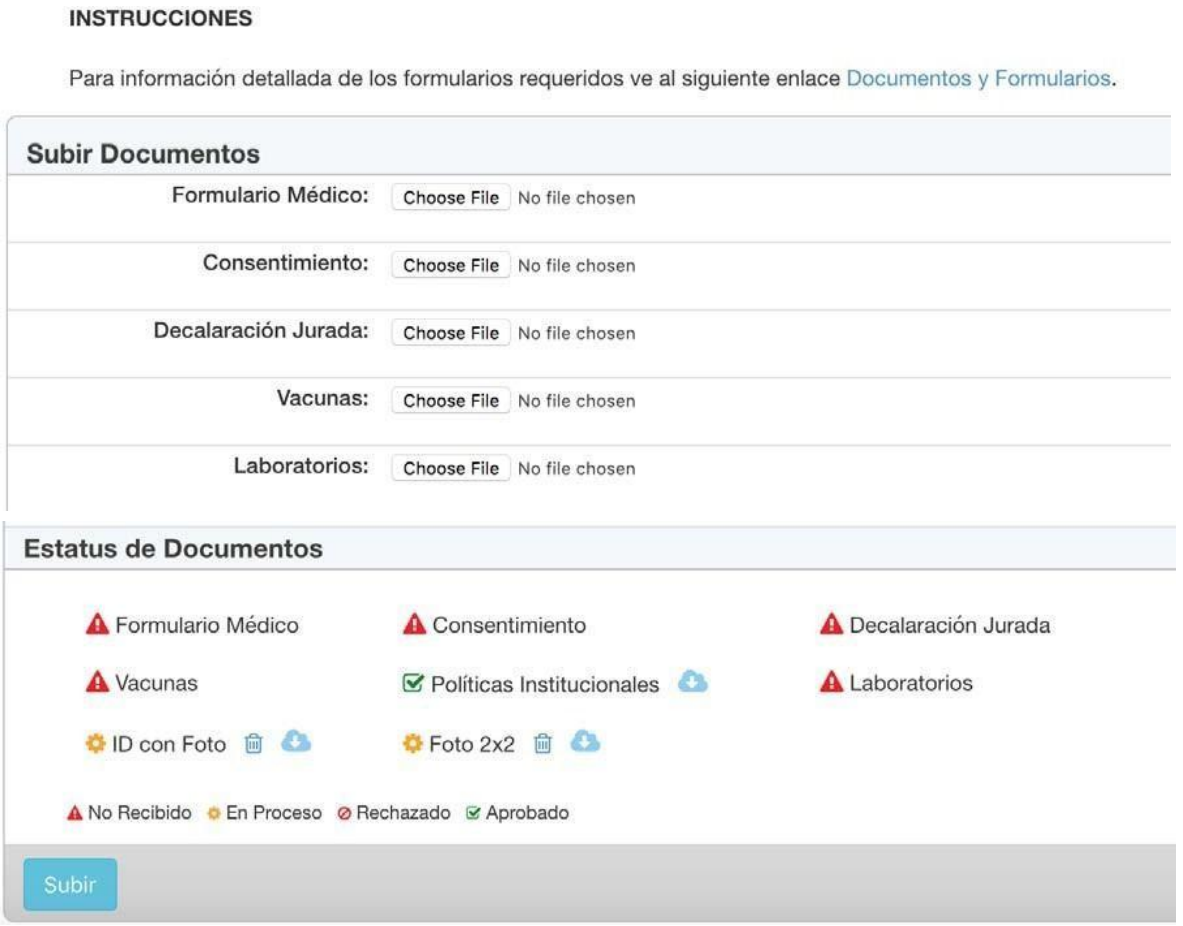
LAST REV: 19MAY2020

1. Para subir los documentos requeridos por la oficina de Servicios Médicos debe de acceder el portal de servicios electrónicos en: https://portal.upr.edu

2. Oprima en el icono de **"Medical Documents".**

Medical Documents

3. El sistema le muestra la siguiente pantalla con instrucciones a seguir.



a. **Subir Documentos** - El sistema te mostrará esta opción mientras la oficina de Servicios Médicos tenga la opción de subir documentos disponibles y tengas documentos pendientes de entregar. Selecciona cada uno de los documentos que tengas para subir y oprime el botón "**Subir**".

Una vez los documentos son subidos, el sistema te mostrará el siguiente mensaje:

Your documents successfully uploaded.

b. **Estatus de Documentos** - El sistema te mostrará bajo esta opción todos los documentos requeridos por la oficina y el estado del mismo.

- Opción para eliminar documentos pendientes. Solo podrás eliminar los documentos que subas y estén pendiente de validación por la oficina de Servicios Médicos.

- Opción para bajar documentos completados o pendientes de validación.

Universidad de Puerto Rico en Arecibo
Decanato de Asuntos Estudiantiles
Oficina de Servicios Médicos

P.O. Box 4010
Arecibo, P.R. 00614-4010

(787) 815-0000 ext. 4800/4802/4803
serviciosmedicos.arecibo@upr.edu

INSTRUCCIONES PARA NUEVO INGRESO

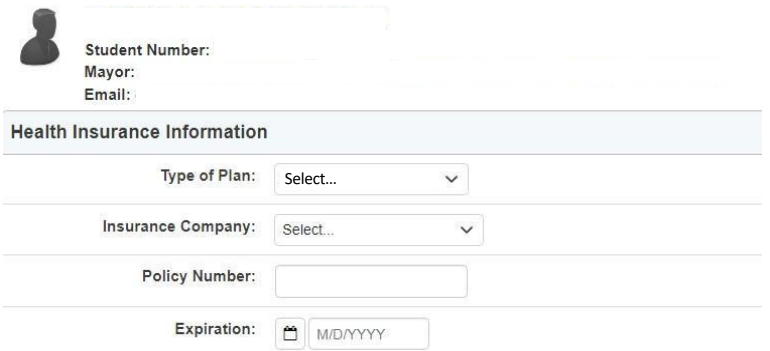
Pasos para brindar la información de Plan Médico al PORTAL

1. Debe de acceder al portal en: https://portal.upr.edu, escoja la unidad (ARECIBO) y escriba su correo electrónico y contraseña.
2. Oprima en el icono de "**Medical Documents**".

Medical Documents

3. Luego oprima el icono de **"Health Insurance"**.

4. En la pantalla de "**Health Insurance Information**", seleccione la información según corresponda a su Plan Médico:



☐ Al ingresar la información de su Plan Médico usted certifica que la misma es fidedigna. Por lo tanto, usted releva a la Universidad de Puerto Rico en cualquier caso que la información sea falsa y se hará responsable de sus gastos médicos.

5. Importante, al finalizar debe marcar el recuadro que aparecerá abajo para certificar que la información del plan médico es correcta.

6. Para culminar el proceso oprima "**Save**", y luego el personal de Servicios Médicos validará que la información sea correcta con la Certificación del Plan Médico que debe subir al Portal en el icono "Medical Documents" bajo "Medical Plan Certification".

*De tener algún inconveniente favor de comunicarse a la Oficina de Servicios Médicos al **787-815-0000** ext. **4800** /**4802** (Yashira Ramos, Enfermera) /**4803** (José Romero, Enfermero).