



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

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



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

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

- Plan Vital (Solicitar Certificación)
- Plan Privado (Solicitar Certificación)
- ✓ Todo estudiante que no tenga plan médico debe pasar por la oficina de Servicios Médicos para ser orientado con relación al Plan Médico Universitario.

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 notariada

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.



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

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



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

Fechas límites para subir los documentos al Portal por apellido:

TABLA

Apellidos	Día	Fecha
A-B	lunes	3 de junio de 2024
C-D	martes	4 de junio de 2024
E-F	miércoles	5 de junio de 2024
G-H	jueves	6 de junio de 2024
I-J	viernes	7 de junio de 2024
K-L	lunes	10 de junio de 2024
-	martes	11 de junio de 2024 Actos de Graduación
M-N	miércoles	12 de junio de 2024
Ñ-O	jueves	13 de junio de 2024
P-Q	viernes	14 de junio de 2024
R-S	lunes	17 de junio de 2024
T-U	martes	18 de junio de 2024
V-W	jueves	20 de junio de 2024
X-Z	viernes	21 de junio de 2024

*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** (Alanys Méndez, Secretaria) /**4802** (Yashira Ramos, Enfermera) /**4803** (José Romero, Enfermero).



HISTORIAL MÉDICO

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

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nuevo Ingreso – Estudiante procedente de Escuela Superior | <input type="checkbox"/> Traslado dentro del Sistema UPR |
| <input type="checkbox"/> Readmisión | <input type="checkbox"/> Permiso Especial |
| <input type="checkbox"/> Transferencia – Estudiante procedente de otra institución universitaria | <input type="checkbox"/> Mejoramiento Profesional |
| | <input type="checkbox"/> Estudiante Graduado |
| | <input type="checkbox"/> Estudiante Internacional / Intercambio |

Nombre: _____		Número de estudiante: _____		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a)				*Enmancipado: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Fecha de nacimiento: _____ (día/mes/año)		Edad: _____		Lugar de nacimiento: _____ (pueblo/nación)	
Dirección Física: _____ _____			Dirección Postal: _____ _____		
Teléfono: _____		Correo Electrónico Institucional: _____			
Nombre del padre: _____			Nombre de la madre: _____		
Teléfono del padre: _____			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)**

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

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)



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



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: _____



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 efectos 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 <small>(nombre y ambos apellidos)</small>	
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.



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 _____.

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.














INSTRUCCIONES





Para información detallada de los formularios requeridos ve al siguiente enlace [Documentos y Formularios](#).

Subir Documentos

Formulario Médico:	<input type="button" value="Choose File"/>	No file chosen
Consentimiento:	<input type="button" value="Choose File"/>	No file chosen
Declaración Jurada:	<input type="button" value="Choose File"/>	No file chosen
Vacunas:	<input type="button" value="Choose File"/>	No file chosen
Laboratorios:	<input type="button" value="Choose File"/>	No file chosen

Estatus de Documentos

 Formulario Médico	 Consentimiento	 Declaración Jurada
 Vacunas	 Políticas Institucionales 	 Laboratorios
 ID con Foto  	 Foto 2x2  	

 No Recibido  En Proceso  Rechazado  Aprobado

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

Subir Documentos	
Formulario Médico:	<input type="button" value="Choose File"/> No file chosen
Consentimiento:	<input type="button" value="Choose File"/> No file chosen
Declaración Jurada:	<input type="button" value="Choose File"/> No file chosen
Vacunas:	<input type="button" value="Choose File"/> No file chosen
Laboratorios:	<input type="button" value="Choose File"/> No file chosen

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.

Estatus de Documentos		
 Formulario Médico	 Consentimiento	 Declaración Jurada
 Vacunas	 Políticas Institucionales 	 Laboratorios
 ID con Foto  	 Foto 2x2  	
 No Recibido  En Proceso  Rechazado  Aprobado		

- 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.

