



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 confidencialidad 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:

- Certificado de Inmunización PVAC-3
 - 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.
 - 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).
 - 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.
 - Tres dosis de Hepatitis B (requerida a menores de 19 años).
- Resultados de la Prueba de Tuberculina o Placa de Pecho sólo a quienes tienen prueba positiva. Estudiantes atletas se le requiere ambas.
- Resultados de exámenes de sangre para Sífilis (serología) y CBC.
- Autorización para recibir atención médica. Menores de 21 años deben presentarla notariada (Declaración Jurada).
- Evidencia de plan médico (copia de la tarjeta con fecha vigente o certificación de la aseguradora).
- Dos fotos 2 x 2
- Consentimiento para Usar o Divulgar Información de Salud – Ley HIPAA
- 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 _____
día-mes-año Lugar de nacimiento _____

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])

CONTINUACIÓN PARTE A
(para ser llenado por el estudiante)

Marque 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	Enfermedad de la Piel	Traumatismos Severos
Fiebre Escarlatina	Bronquitis	Eczema	Problemas Ortopédicos
Catarros frecuentes	Pulmonía	Úlceras	Defecto del Habla
Otitis media	Tuberculosis	Artritis Reumatoidea	Malignidad
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 encargado

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

Sexo _____ Edad _____ Peso _____ Estatura _____ Presión _____ Pulso _____ Agudeza Visual: O. Der. _____ O. Izq. _____ Audición _____

Marque según la columna. Ponga N.E. si no es evaluado.

Evaluación Clínica por sistema	Normal		Comentarios
	Sí	No	
Piel			
Oídos, nariz y garganta			
Cardiovascular			
Respiratorio			
Gastrointestinal			
Urogenital			
Músculoesqueletal			
Neurológico			

Serología	Fecha realizada		Resultado	
Tuberculina, de ser positiva, Placa de Pecho	Fecha de adm.	Fecha de lectura	Lectura	
Placa de Pecho (si aplica)	Fecha	Fecha de 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 requieren esfuerzo físico?			
¿Existe alguna recomendación especial para el manejo de los problemas de salud del estudiante en su estadía en la UPR?			

Fecha Nombre del Médico Firma del Médico Número de Licencia Teléfono