



### 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)			*Emancipado: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Fecha de nacimiento: _____ <small>(día/mes/año)</small>		Edad: _____		Lugar de nacimiento: _____ <small>(pueblo/nación)</small>	
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)**

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)