



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 | ☐ Traslado dentro del Sistema UPR |
| ☐ Readmisión | ☐ Permiso Especial |
| ☐ Transferencia – Estudiante procedente de otra institución universitaria | ☐ Mejoramiento Profesional |
| | ☐ Estudiante Graduado |
| | ☐ Estudiante Internacional / Intercambio |

Nombre: _____		Núm. de estudiante: _____	Sexo: M ☐ F ☐ Otro ☐ Prefiero no responder ☐
Estado civil: ☐ Soltero (a) ☐ Casado (a) ☐ Divorciado (a) ☐ Viudo (a)		*Emancipado: SI ☐ NO ☐ N/A ☐	
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)

☐	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 Cardíacos
☐	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.

Tiene 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)