



## CONTINUACIÓN PARTE A

(para ser llenado por el estudiante)

Contestar las siguientes preguntas: de ser afirmativo escribir **Sí** y ofrecer detalles, de lo contrario escriba **NO** o **NINGUNO**.

**Favor de NO utilizar N/A**

¿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			
Músculoesquelético			
Neurológico			

**\*\*Todo resultado de laboratorio que presente alguna alteración debe ser evaluado, firmado y presentar recomendaciones del médico. \*\***

## 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