



FORMULARIO DE SERVICIOS MÉDICOS PARA ESTUDIANTES ADMITIDO COMO
 PERMISO ESPECIAL Y/O MEJORAMIENTO PROFESIONAL

- Permiso Especial
- Mejoramiento Profesional

 Nombre y Apellidos

 Número de Estudiante

 Universidad, Recinto o Colegio de Procedencia

 Celular del Estudiante

 Periodo de Estudio (semestre y año)

Estado Civil: Soltero(a)____ Casado(a)____ Divorciado(a)____ Viudo(a)____

Sexo: ____ Edad: ____ Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Nombre del padre: _____ Nombre de la madre: _____

Dirección física: _____

Dirección postal: _____

Historial Médico

Marque aquellas enfermedades o condiciones que presente o haya presentado:
 las presentes con un (✓) y las pasadas con una (X)

Alergias	Epilepsia
Asma	Fracturas
Anemia	Hemofilia
Ataques de nervios	Hipertensión
Cólicos renales	Operaciones
Deformidades físicas	Tuberculosis
Diabetes	Ulceras
Enfermedades del corazón	Tiroides
Enfermedades de la piel	Otros:

Contestar las siguientes preguntas con: si, no o ninguna, **favor de NO utilizar N/A**, si es afirmativo ofrecer los detalles

¿Hospitalizaciones o enfermedades en el último año? _____

¿Alergias a medicamentos o alimentos? _____

¿Otros problemas de salud? _____

Indica tratamiento médico actual _____

En caso de emergencia notificar a: _____ Parentesco: _____ Cel: _____

Por la presente certifico que la información suministrada por mí en este formulario es correcta. Autorizo al Departamento de Servicios Médicos del Recinto Universitario de Arecibo a realizar evaluaciones y/o tratamientos, así como referidos a otros médicos o instituciones hospitalarias debidamente acreditada por el Departamento de Salud.

Firma del Estudiante

Fecha

Firma del padre o tutor (Menor de 21 años)

Número de Seguro Social
(Últimos 4 dígitos)