

## I N S T R U C C I O N E S

**Favor de leer cuidadosamente este documento y en su totalidad antes de llenar el mismo.**

La Universidad de Puerto Rico, establece como requisito que la matrícula del candidato **esté condicionada a que someta el Formulario Médico** debidamente cumplimentado en **Partes A y B**. La información solicitada en este documento es confidencial, será para uso **exclusivo de la Oficina de Servicios Médicos** y no podrá ser divulgada sin previa autorización del estudiante o su representante legal. La Oficina de Servicios Médicos del Recinto de Ciencias Médicas custodiará el expediente médico por un período de diez (10) años, luego de lo cual dispondrá del mismo.

**Todo estudiante de nuevo ingreso deberá visitar a su médico de familia o centro de salud más cercano, para que le efectúen el examen físico y órdenes de los laboratorios. El Formulario Médico debe venir acompañado de lo siguiente:**

Marque (√)

- A. Formulario Médico **Parte A**- completado por el estudiante y **Parte B**- Examen Físico completado por el médico
- B. Original del Certificado de Inmunización **PVAC-3** que cumpla con los requisitos de vacunación para el período académico vigente (**papel verde** del Departamento de Salud, sin tachaduras ni borrones e impreso por ambos lados. Revisión **de junio 2015 o posterior**) que incluya:

	<b>REQUISITOS PARA MENORES DE 21 AÑOS</b>		<b>REQUISITOS PARA ADULTOS (MAYORES DE 21 AÑOS)</b>
1	Un refuerzo de la vacuna de Tétanos, difteria y pertusis acelular (TDAP) y un refuerzo de la vacuna contra el Tétano y difteria (TD) según sea el caso.	1	Un refuerzo de la vacuna de Tétanos, difteria y pertusis acelular (TDAP) y un refuerzo de la vacuna contra el Tétano y difteria (TD) según sea el caso.
2	Dos dosis de la vacuna MMR (sarampión común, alemán y paperas).	2	Dos dosis de la vacuna MMR (sarampión común, alemán y paperas).
3	Tres dosis de la vacuna contra Hepatitis B.	3	Tres dosis de la vacuna contra Hepatitis B.
4	Tres dosis de la vacuna contra el polio.	4	Vacuna de Influenza de Temporada.
5	Dos dosis de la Vacuna de Varicelas o Títulos de Varicelas IgG Cuantitativo	5	Dos dosis de la Vacuna de Varicelas o Títulos de Varicelas IgG Cuantitativo
6	Vacuna de Influenza de Temporada		

**Todo estudiante admitido a programas que requieren prácticas clínicas y/o pasantías; se les requerirá vacunas adicionales (sin importar la edad) de ser necesario.**

C. Prueba de tuberculina- No más de tres meses de efectuada de la fecha de inicio de clases o prueba de Quantiferón.	C. Prueba de Tuberculina- No más de tres meses de efectuada de la fecha de inicio de clases o prueba de Quantiferón.
D. Lectura de Radiografía de Tórax para todos aquellos que resulten positivos en la prueba de tuberculina	D. Lectura de Radiografía de Tórax para todos aquellos que resulten positivos en la prueba de tuberculina.
E. Prueba de sangre para sífilis- No más de tres meses de efectuada de la fecha de inicio de clases.	E. Prueba de sangre para sífilis- No más de tres meses de efectuada de la fecha de inicio de clases.
F. Prueba de sangre- Hepatitis B Surface Antibodies Quantitative	F. Prueba de sangre- Hepatitis B Surface Antibodies Quantitative
G. Examen Físico- ver anejo	G. Examen Físico- ver anejo
H. Consentimiento para uso y divulgación de información de salud- ver anejo	H. Consentimiento para uso y divulgación de información de salud- ver anejo
I. Declaración Jurada – autorizando servicios para menores de 21 años (ver anejo)	I. Declaración Jurada – autorizando servicios para menores de 21 años (ver anejo)
J. Foto a color 2 x 2	J. Foto 2 x 2 a color

**FAVOR DE ENVIAR ESTE DOCUMENTO CON TODOS LOS LABORATORIOS, PRUEBAS Y VACUNAS ADJUNTOS AL MISMO A: [serviciosmedicosestudiantes.rcm@upr.edu](mailto:serviciosmedicosestudiantes.rcm@upr.edu)**



**RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS  
DECANATO DE ESTUDIANTES  
SERVICIOS MÉDICOS A ESTUDIANTES**

PEGUE UNA  
(1) FOTO  
A **COLOR**  
AQUÍ

**PARTE A:**

**FORMULARIO MÉDICO**

**INFORMACIÓN PARA SER LLENADA POR EL ESTUDIANTE**

Nombre \_\_\_\_\_ Núm. Estudiante \_\_\_\_\_

Programa al que fue admitido en el RCM: \_\_\_\_\_

Indique si ha estudiado en el Recinto de Ciencias Médicas anteriormente : No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ Indique fecha: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero (a) \_\_\_ Casado(a) \_\_\_ Divorciado(a) \_\_\_ Viudo(a) \_\_\_ Teléfono o Celular: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ País de nacimiento \_\_\_\_\_  
Día-mes-año

Dirección física: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel. Res. ( ) \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Nombre del padre \_\_\_\_\_ Nombre de la madre \_\_\_\_\_

En caso de emergencia notificar a \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ TEL. ( ) \_\_\_\_\_

Segunda Persona Notificar en caso de emergencia \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ TEL. ( ) \_\_\_\_\_

**HISTORIAL**

**Circule** 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	Enfermedades de la Piel	Traumatismos Severos
Fiebre Escarlatina	Bronquitis	Eczema	Problemas Ortopédicos
Catarros Frecuentes	Pulmonía	Úlceras	Defecto del Habla
Otitis Media	Tuberculosis	Artritis Reumatoidea	Cáncer
Defecto Secundario de Audición	Fiebre Reumática	Osteoartritis	Enfermedades Transmisión Sexual
Dengue	Chikungunya	Zika	Mayaro
Otras:			

Hospitalizaciones o cirugías 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 tutor legal \_\_\_\_\_

## Parte B

## EXAMEN FÍSICO

(Para ser llenado por el médico examinador)

Nombre \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Presión \_\_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_\_

Agudeza Visual: Ojo Der. \_\_\_\_\_ Ojo. Izq. \_\_\_\_\_ Audición: Oído derecho: \_\_\_\_\_ Oído izquierdo: \_\_\_\_\_

Marque (✓) si fue o no evaluado. En el área de comentarios, indique condición, tratamiento y/o recomendación.

Evaluación Clínica por Sistema	Marque (✓)		Comentarios de enfermedades y/o tratamiento
	Evaluado	No evaluado	
Piel			
Oídos, nariz y garganta			
Cardiovascular			
Respiratorio			
Gastrointestinal			
Urogenital			
Musculoesquelético			
Neurológico			

Prueba de Sífilis	Fecha realizada		Resultado
Tuberculina, (de ser positiva, adjunte lectura Radiografía Tórax)	Fecha de administración	Fecha de Lectura	Resultado: _____ mm
Prueba de Quantiferón	Fecha:	Resultado:	
Radiografía de pecho (si aplica)	Fecha:	Resultado:	

**DEBE ADJUNTAR LOS RESULTADOS DE TODOS LOS LABORATORIOS, PRUEBAS Y VACUNAS AL FORMULARIO**

Conteste **sí o no**. Comente su contestación de ser afirmativa.

PREGUNTAS	SI	NO	Comente su contestación si es 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 o que requieran esfuerzo físico?			
¿Existe alguna recomendación especial para el manejo de los problemas de salud del estudiante o requiere de algún acomodo razonable mientras estudia en el Recinto de Ciencias Médicas?			

Fecha del Examen \_\_\_\_\_

Nombre del Médico \_\_\_\_\_

Firma del Médico \_\_\_\_\_

Número de Licencia \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Sello Oficina del Médico: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN JURADA PARA ESTUDIANTES MENORES DE 21 AÑOS**

Yo, \_\_\_\_\_ y vecino de \_\_\_\_\_, Puerto Rico,  
Nombre del padre o tutor pueblo

faculto al personal autorizado por el Honorable Secretario de Salud de Puerto Rico en cualquier rama de la medicina y que preste sus servicios en los Departamentos u Oficinas de Servicios Médicos de los Recintos y Colegios de la Universidad de Puerto Rico, a que brinden la atención médica que sea necesario a mi hijo(a) \_\_\_\_\_

Nombre completo del menor

con el fin de preservar la salud o reducir el daño o incapacidad que pueda surgir a consecuencia de un accidente o una enfermedad mientras curse estudios o practique algún deporte en las Instalaciones del Recinto o Colegio o en cualquier otra estructura no perteneciente a los mismos y que diagnostique, trate, opere o practique aquellas medidas terapéuticas o correctivas que crea pertinentes y además administre los medicamentos y/o tratamientos que sean prescritos de conformidad con las Leyes del Gobierno de Puerto Rico. Autorizo a ser referido(a) a otros médicos y/o instituciones hospitalarias debidamente acreditadas por el Departamento de Salud del área.

En \_\_\_\_\_, hoy día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
Pueblo mes año

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ESTUDIANTE (MENOR)

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE O TUTOR

\_\_\_\_\_  
NÚMERO DE ESTUDIANTE

AFFIDAVIT NÚMERO: \_\_\_\_\_

JURADA Y SUSCRITO ANTE MÍ por \_\_\_\_\_

de las circunstancias personales antes expresadas, y a quien doy fe de conocer personalmente en

\_\_\_\_\_, Puerto Rico, hoy día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
Mes Año

**SELLO Y FIRMA DEL ABOGADO NOTARIO**

## AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS PARA ESTUDIANTES MAYORES DE 21 AÑOS

(HAGA UNA MARCA AL LADO DEL QUE LO DESCRIBA A USTED)

casado

soltero

Yo, \_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante

vecino de \_\_\_\_\_, Puerto Rico, por la presente  
pueblo

faculto al personal autorizado por el Honorable Secretario de Salud de Puerto Rico en cualquier rama de la medicina y que preste sus servicios en los Departamentos u Oficinas de Servicios Médicos de los Recintos y Colegios de la Universidad de Puerto Rico, a que me brinden la atención médica que sea necesaria con el fin de preservar la salud o reducir el daño o incapacidad que pueda surgir a consecuencia de un accidente o una enfermedad mientras curse estudios o practique algún deporte en las instalaciones del Recinto o Colegio o en cualquier otra estructura no perteneciente a los mismos y que diagnostique, trate, opere o practique aquellas medidas terapéuticas o correctivas que crea pertinentes y además administre los medicamentos y/o tratamientos que sean prescritos de conformidad con las Leyes del Gobierno de Puerto Rico. Autorizo a ser referido(a) a otros médicos y/o instituciones hospitalarias debidamente acreditadas por el Departamento de Salud del área.

En \_\_\_\_\_, hoy día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
municipio / país mes año

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Número de Estudiante

**LOS ESTUDIANTES ADULTOS ( 21 AÑOS O MÁS ) NO TIENEN QUE NOTARIZAR CON UN ABOGADO LA AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS, EXCEPTO LOS EMANCIPADOS POR SUS PADRES.**



RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS  
**SERVICIOS MÉDICOS A ESTUDIANTES**  
PO BOX 365067  
SAN JUAN PR 00936-8344  
Tel (787) 758-2525 Exts. 1215 y 1216

**CONSENTIMIENTO PARA USO Y DIVULGACIÓN DE  
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA DE PACIENTES**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Núm. Estudiante: \_\_\_\_\_

De conformidad con el Artículo 11, de la Ley Núm. 194 del 2000, *Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente*, usted tiene el derecho de consentir para permitir que su información de salud protegida sea utilizada y divulgada para propósitos de Tratamiento, Pago y Actividades Relacionadas con el Cuidado de Salud. Al momento de solicitar por primera vez nuestros servicios, recibirán una copia de nuestra Política de Privacidad y Confidencialidad.

**Tratamiento:** Su información de salud protegida puede ser compartida entre nuestros médicos, empleados, residentes u otro personal, autorizado a participar en su cuidado médico, con el propósito de ofrecerle un servicio de calidad.

**Pago:** Toda actividad dirigida a facturar y cobrar por los servicios y tratamientos médicos ofrecidos.

**Actividades Relacionadas con el Cuidado de Salud:** Actividades de administración de nuestra entidad, como por ejemplo, programas de adiestramiento de profesionales, auditorías y actividades de mejoramiento de calidad.

Usted tiene el derecho de restringir el uso y divulgación de su información de salud protegida para llevar a cabo las operaciones de Tratamiento, Pago o Actividades de Cuidado de Salud. No obstante, la Oficina de Servicios Médicos al Estudiante se reserva el derecho de no aceptar su restricción si la misma pone en riesgo la calidad del servicio ofrecido ó si la divulgación es requerida por ley, reglamento ó por orden judicial.

Usted tiene el derecho de revocar el consentimiento en cualquier momento por escrito. La revocación tendrá efectividad prospectiva y no aplicará a divulgaciones efectuadas basadas en el consentimiento original.

**CONSENTIMIENTO**

Este consentimiento cobrará efectividad inmediatamente luego de su firma y la entrega de documentos para su expediente médico en nuestro Departamento.

Certifico que he leído las disposiciones de este consentimiento, que lo entiendo y que estoy de acuerdo con los términos y condiciones expresadas en el mismo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre o Tutor del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

**\*Nota: Cuando el paciente es menor de 21 años, y no está emancipado, deberá traer este documento firmado por sus padres o tutor.**