

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 la información médica 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 estar acompañado de lo siguiente:

- 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:

| REQUISITOS PARA MENORES DE 21 AÑOS | REQUISITOS PARA ADULTOS (MAYORES DE 21 AÑOS) |
|---|--|
| 1. Un refuerzo de la vacuna de Tétanos, difteria y pertuis acelular (TDAP) y un refuerzo de la vacuna contra el Tétano y difteria (TD) según sea el caso; de los últimos diez años. | 1. Un refuerzo de la vacuna de Tétanos, difteria y pertuis acelular (TDAP) y un refuerzo de la vacuna contra el Tétano y difteria (TD) según sea el caso; de los últimos diez años. Debe tener evidencia de haber recibido una dosis de Tdap. |
| 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. (anual). |
| 5. Dos dosis de la Vacuna de Varicelas o Títulos de Varicelas IgG Cuantitativo o Certificación de la Enfermedad por un Médico | 5. Dos dosis de la Vacuna de Varicelas o Títulos de Varicelas IgG Cuantitativo o Certificación de la Enfermedad por un Médico |
| 6. Vacuna de Influenza de Temporada (anual). | |
| C. Prueba de tuberculina- No más de tres meses de efectuada de la fecha de inicio de clases o Prueba de Quantiferón (para personas que son alérgicas a la Tuberculina). | C. Prueba de Tuberculina- No más de tres meses de efectuada de la fecha de inicio de clases o prueba de Quantiferón (para personas que son alérgicas a la Tuberculina). |
| 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 (para personas que ya se han administrado las tres dosis de Hep. B). | F. Prueba de sangre- Hepatitis B Surface Antibodies Quantitative. Debe haber evidencia de inmunidad. |
| 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. Autorización de servicios para adultos (mayores de 21 años- ver anejo) |
| J. Foto a color 2 x 2 pegada al formulario médico parte A | J. Foto 2 x 2 a color pegada al formulario médico parte A |

Haga click en el siguiente enlace para ver documentos para exención a vacunar por razones médicas o religiosas:
<https://de.rcm.upr.edu/wp-content/uploads/sites/13/2020/03/Vacunas-Exencion-Depto-Salud.pdf>

FAVOR DE ENVIAR ESTE DOCUMENTO CON TODOS LOS LABORATORIOS, PRUEBAS, VACUNAS Y FOTO ADJUNTOS AL MISMO A: serviciosmedicosestudiantes.rcm@upr.edu (SOLO SE ACEPTARÁN

DOCUMENTOS MEDIANTE MÉTODO DIGITAL PDF RESOLUCIÓN 300DPI Y CADA HOJA EN FILE INDIVIDUAL).



**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: _____

Correo Electrónico: _____

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 _____

Entiendo que no tener las vacunas requeridas al día puede representar dificultades al momento de realizar prácticas clínicas en centros designados donde las vacunas sean requeridas.

Fecha

Firma del estudiante

Fecha

Firma del padre, madre o tutor legal

Parte B

CERTIFICACIÓN MÉDICA *(Para ser llenado por el médico examinador)*

Nombre _____

Sexo _____ Edad _____ Peso _____ Estatura _____ Presión _____ Pulso _____

Agudeza Visual: OD _____ OI _____ Audición: OD _____ OI _____

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: | |

*para personas que no pueden hacerse la prueba de tuberculina.

DEBE ADJUNTAR LOS RESULTADOS DE TODOS LOS LABORATORIOS, PRUEBAS Y VACUNAS

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

NPI

Sello Médico



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



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.



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

Fecha

Firma del Padre o Tutor del Paciente

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.



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

FORMULARIO

CONSENTIMIENTO POR REPRESENTACIÓN PARA TRATAMIENTOS MÉDICOS NO URGENTES A MENORES DE EDAD

La Ley Núm. 139 del 1 de agosto de 2019, conocida como la “**Ley de Consentimiento por Representación para Tratamiento Médico no Urgente a Menores de Edad**”, tiene el propósito de permitir que las personas con patria potestad brinden su consentimiento para que los menores puedan recibir tratamientos médicos no urgentes.

Según establece la Ley Núm. 139, **supra**, se autorizan tratamientos médicos no urgentes a menores de edad sin ser necesaria la presencia de la persona con patria potestad del menor, siempre y cuando, la persona con patria potestad haya autorizado previamente la prestación de estos servicios.

Se entenderá como “**Tratamientos Médicos No Urgentes**” aquellos tratamientos médicos que no son emergencia. Esto incluye tratamientos rutinarios o de seguimiento, tales como: servicios ambulatorios, servicios dentales, servicios de rayos X, exámenes de laboratorio, servicios de inmunización o cualquier otro servicio de salud que cumpla con las características mencionadas.

Para que este consentimiento sea efectivo la persona que tenga la patria potestad tiene que ser competente; deberá suscribir el presente consentimiento previo a que se brinden los tratamientos médicos y deberá suscribirlo ante la presencia del proveedor del servicio médico o su personal administrativo. La persona con patria potestad deberá especificar los tratamientos o servicios médicos no urgentes autorizados, así como, los no autorizados.

El consentimiento por representación deberá ser firmado por al menos una de las personas con patria potestad sobre el menor. La vigencia de este consentimiento será indicada por el padre custodio y no podrá ser por un periodo mayor a un (1) año. Esta vigencia será a partir de la firma del mismo.

Al momento del tratamiento, el menor de edad debe estar acompañado de un adulto previamente autorizado de acuerdo a la voluntad de la persona con patria potestad. El adulto autorizado debe acreditar su identidad mediante una identificación oficial. La identidad se podrá acreditar mediante licencia de conducir, pasaporte u otra identificación expedida por el Gobierno de Puerto Rico o estado con firma y foto.

En todo caso, los tratamientos médicos no urgentes serán ofrecidos por profesionales autorizados por el Estado a ejercer su profesión. El profesional autorizado mantendrá copia del consentimiento por representación, debidamente completado y firmado, en el expediente médico del menor.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente _____

Edad _____

Núm. Expediente _____

INFORMACIÓN DE PERSONAS CON PATRIA POTESTAD

Nombre de la persona _____

Edad _____

Relación con el menor _____

Identificación Oficial _____

Dirección _____

Teléfonos _____

Correo electrónico _____

Nombre de la persona _____

Edad _____

Relación con el menor _____

Identificación Oficial _____

Dirección _____

Teléfonos _____

Correo electrónico _____

INFORMACIÓN DEL ADULTO AUTORIZADO A ACOMPAÑAR AL MENOR

Nombre de la persona _____

Relación con el menor _____

Edad _____

Identificación Oficial _____

Dirección _____

Teléfonos _____

Correo electrónico _____

AUTORIZACIÓN

Yo, _____ (Persona con Patria Potestad) autorizó a

_____ (Persona autorizada) a acompañar al menor

_____ a recibir los siguientes servicios médicos

no urgentes:

| Descripción del Servicio o Tratamiento Médico Autorizado |
|--|
| 1. |
| 2. |
| 3. |

| Descripción del Servicio o Tratamiento Médico <u>No Autorizado</u> |
|--|
| 1. |
| 2. |
| 3. |

FIRMAS:

Persona con patria potestad:

Fecha:

Periodo o Término de la autorización:

Acompañante:

Fecha:

Para ser llenado iniciado por el proveedor del servicio médico o su personal administrativo

A mi mejor conocimiento, la persona con patria potestad que autoriza los tratamientos médicos no urgentes al menor de edad, sin su presencia, es una persona competente.

La presente autorización ha sido suscrita previo a que se brinden los tratamientos médicos no urgentes al menor.

La presente autorización ha sido suscrita por la persona con patria potestad ante mi presencia.

Proveedor de Servicio o Personal Administrativo Autorizado

De conformidad con la Ley 139-2019, no incurrirá en responsabilidad civil el profesional autorizado o la institución que ofreció el tratamiento a un menor de edad al cumplir con los requisitos de esta Ley y cuente con el presente consentimiento. Esto solo aplica a ofrecimiento

(FORMULARIO CONSENTIMIENTO POR REPRESENTACION PARA TRATAMIENTOS MEDICOS NO URGENTES A MENORES DE EDAD)

de tratamiento y/o atención medica, no a las acciones u omisiones negligentes que pudiera incurrir el profesional de la salud en la administración del tratamiento.

Exención a Vacunar por Razones Médicas o Religiosas Certificación Médica / Declaración Jurada

Conforme lo dispuesto en el Artículo 5 de la Ley 25 de 25 de septiembre de 1983, según enmendada, mejor conocida como la Ley de Inmunizaciones a Niños Preescolares y Estudiantes, no se requerirá el Certificado de Vacunación para efectos de trámite de matrícula para el ingreso a una institución educativa de todo estudiante que presente una declaración jurada en la que solicite exención para vacunar por razones religiosas; o una certificación firmada por un médico autorizado a ejercer la profesión en Puerto Rico, en la que solicite dicha exención por condiciones médicas. No obstante, los estudiantes declarados exentos tendrán que ser vacunados con carácter compulsorio durante una epidemia, conforme lo determine el secretario de Salud. La Ley 25, antes mencionada, no permite exenciones por razones personales o filosóficas.

Padre o tutor legal: Favor de llenar este formulario con la información correspondiente y entregarlo al personal de la institución educativa de su hijo al principio de cada año escolar. Este formulario es válido por un (1) año.

Personal de instituciones educativas: Favor de enviar una copia de este formulario al Departamento de Salud (por correo: Departamento de Salud, División de Vacunación, PO Box 70184, San Juan, PR 00936-8184; por correo electrónico: nocastro@salud.gov.pr, o vía facsímil 787-522-6291.

A. Certificación de Exención Médica: Ningún estudiante está obligado a recibir una vacuna si tiene una contraindicación médica, antecedentes de enfermedades o evidencia de laboratorio de inmunidad. Para que un estudiante reciba una exención médica, la certificación a continuación debe ser firmada por un médico.

Certifico que las vacunas en la lista a continuación están contraindicadas por razones médicas, evidencia de laboratorio de inmunidad o bien porque tal inmunidad existe debido a un antecedente de enfermedad confirmado por un laboratorio

Nombre del estudiante: _____

Razón (condición o contraindicación) y posible duración de la condición. _____

Vacuna(s) eximida(s): _____

Firma del médico

Fecha

B. Declaración jurada por exención de creencias religiosas: Ningún estudiante está obligado a recibir una vacuna que vaya en contra de los dogmas de la religión a las que se adhiere su padre/tutor. Sin embargo, no seguir las recomendaciones de vacunación puede poner en peligro la salud o la vida tanto del estudiante como de otros que tengan contacto con él. Para recibir una exención de vacunación, un padre/tutor y el ministro de la religión deben completar y firmar la siguiente declaración ante un notario:

Certifico ante notario que resulta contrario a las creencias religiosas conscientemente sostenidas por mí que el estudiante

Yo, _____ ministro (a) de la religión (o secta)

mayor de edad, de estatus civil _____ y vecino (a) de _____

y yo, _____, padre, madre o tutor legal de _____

mayor de edad, de estatus civil _____, de ocupación _____

y vecino (a) de _____, certificamos y damos fe de lo anteriormente declarado.

Firma del ministro de la religión/secta

Fecha

Firma del padre o tutor legal

Fecha

Testimonio y jurado núm.

Jurado y suscrito ante mí por _____ y _____ de las circunstancias anteriormente a quienes doy fe de conocer personalmente o haber identificado mediante _____

En _____ Puerto Rico a _____ de _____ de _____

Sello del notario

Firma del notario