

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO EN ARECIBO

Oficina de Servicios Médicos

FORMULARIO MÉDICO



FOTO 2 X 2

- Readmisión, Admisión, Estudiante procedente de Escuela Superior, Estudiante procedente de otra institución universitaria, Traslado (dentro del sistema UPR), Sesión Académica, agosto, enero, verano

INSTRUCCIONES

Favor de leer cuidadosamente este documento 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 Parte A y B. La información solicitada en este documento es confidencial y será para uso exclusivo del Departamento de Servicios Médicos y no podrá ser divulgada sin previa autorización del estudiante o su representante legal.

¿Ha sido evaluado anteriormente en esta Oficina? () SI () NO Año

REQUISITOS

Todo estudiante deberá acompañar este formulario con lo siguiente:

- 1. Certificado de inmunización PVAC - 3 (papel verde de vacunas actualizado)
a. Tres o más dosis de difteria, pertusis y tétano (DPT / TD). Refuerzo después de los 10 años de administración de la última dosis. Está sujeto a disponibilidad de vacuna.
b. Tres dosis de polio o más. La última dosis en o después de los 4 años de edad (no se requiere para mayores de 18 años).
c. Dos dosis de MMR (o dos dosis de sarampión común, dos dosis de sarampión alemán y dos dosis de paperas administradas individualmente). Todas las vacunas tienen que haberse administrado después de cumplir los doce meses de nacido. Cualquier vacuna administrada antes del año de edad se considera nula.
d. Tres dosis de Hepatitis B (requerida a menores de 19 años).
e. Dos dosis de MCV.
f. Títulos de varicelas, si padeció la condición.
g. Dos dosis de varicelas.
2. Resultados de la Prueba de Tuberculina o Placa de pecho sólo a quienes tienen prueba positiva. Estudiantes atletas se le requiere ambas.
3. Resultados de exámenes de sangre para Sífilis (serología) + CBC
4. Autorización para recibir atención médica. Menores de 21 años deben presentarla notariada. (Declaración Jurada)
5. Evidencia de plan médico (copia de la tarjeta con fecha vigente o certificación de la aseguradora)
6. Dos fotos 2 X 2.
7. Consentimiento para Usar o Divulgar Información de Salud - Ley HIPAA .
8. Estudiantes en traslado, deberán presentar copia certificada de Autorización para recibir atención Médica y PVAC - 3 en original de la Institución de origen.

FAVOR DEVOLVER ESTE DOCUMENTO AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS DE SU RECINTO. RECUERDE QUE ES REQUISITO ESTAR ACOGICO A UN PLAN MÉDICO MIENTRAS SEA ESTUDIANTE DE LA UNIVERSIDAD.

PARTE A : INFORMACIÓN PARA SER LLENADA POR EL ESTUDIANTE

Form fields for Name, Faculty, Student Number, Civil Status, Cell Number, Birth Date, Age, Birth Place, Father's Name, Mother's Name, Physical Address, Postal Address, Residential Phone, Emergency Contact, and Parentesco.

Emancipado : [] Sí [] No

Presentar evidencia (original o copia certificada)

CONTINUACIÓN PARTE A
(para ser llenada por el estudiante)

Marque aquellas enfermedades o condiciones que presente o haya presentado :

| | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------------------|
| Sarampión: | Sinusitis | Problemas Cardíacos | Problemas Intestinales Crónicos |
| Común | Infecciones Garganta Frecuentes | Hipertensión | Hepatitis |
| Alemán | Tonsilitis | Colesterol Alto | Enfermedad Renal |
| Varicelas | Mononucleosis | Diabetes | Epilepsia |
| Poliomielitis | Asma Bronquial | Hipoglucemia | Alteraciones Emocionales |
| Paperas | Anemia | Enfermedades de Tiroide | 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 | Malignidad |
| Defecto Secundario de Audición | Fiebre Reumática | Osteoartritis | Operaciones |

Hospitalizaciones o Enfermedades en el último año _____

Alergias a medicamentos o alimentos _____

Otros problemas de salud y/o tratamiento médico actual _____

Fecha

Firma del Estudiante

Fecha

Firma del padre, madre o tutor legal

PARTE B – EXAMEN FÍSICO
(para ser llenada por el médico examinador)

Sexo _____ Peso _____ Estatura _____ Presión _____ Pulso _____ Agudeza Visual: O. Der. _____ O. Izq. _____ Audición _____

Marque según la columna. **Escriba N. E. si el área no es evaluada.**

| Evaluación Clínica por Sistema | Normal | Alterado | Comentarios |
|--------------------------------|--------|----------|-------------|
| Piel | | | |
| Oídos, nariz y garganta | | | |
| Cardiovascular | | | |
| Respiratorio | | | |
| Gastrointestinal | | | |
| Urogenital | | | |
| Musculoesquelético | | | |
| Neurológico | | | |

| Serología | Fecha Realizada | Resultado |
|--|--------------------|------------------|
| Tuberculina, de ser positiva, Placa de Pecho | Fecha Administrada | Fecha de Lectura |
| Placa de Pecho (si aplica) | Fecha | Resultado |

RESUMEN DE HALLAZGOS EN HISTORIAL, EXAMEN FÍSICO Y LABORATORIOS REQUERIDOS

| PREGUNTA | SI | 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 requieran esfuerzo físico? | | | |
| ¿Existe alguna recomendación especial para el manejo de los problemas de salud del estudiante en su estadía en la UPR? | | | |

Fecha del Examen

Nombre del Médico

Firma del Médico

Número de Licencia

Teléfono