



**FORMULARIO MÉDICO**

- |  |                  |
|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> Readmisión  | Sesión Académica |
| <input type="checkbox"/> Admisión  | Agosto 20_____   |
| <input type="checkbox"/> Estudiante procedente de Escuela Superior               | Enero 20_____    |
| <input type="checkbox"/> Estudiante procedente de otra institución universitaria | Verano 20_____   |
| <input type="checkbox"/> Traslado (dentro del Sistema UPR)                       |                  |



Foto 2 x 2

**INSTRUCCIONES**

Favor de leer cuidadosamente este documento antes de llenar el mismo.

La Universidad de Puerto Rico, establece como requisito de matrícula del candidato esté condicionado a que someta el Formulario Médico debidamente cumplimentado en Parte A y B. la información solicitada en este documento es confidencialidad 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 este Departamento? ( ) Sí ( ) No Año \_\_\_\_\_

**REQUISITOS**

Todo estudiante deberá acompañar este formulario con lo siguiente:

- |  |   |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Certificado de Inmunización PVAC-3           <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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).</li> <li>c. Dos dosis de MMR (o 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.</li> <li>d. Tres dosis de Hepatitis B (requerida a menores de 19 años).</li> </ol> </li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Resultados de la Prueba de Tuberculina o Placa de Pecho sólo a quienes tienen prueba positiva. Estudiantes atletas se le requiere ambas.</li> <li>3. Resultados de exámenes de sangre para Sífilis (serología)</li> <li>4. Autorización para recibir atención médica. Menores de 21 años deben presentarla notariada.</li> <li>5. Evidencia de plan médico (copia de la tarjeta con fecha vigente o certificación de la aseguradora o la oficina de Recursos Humanos de la Agencia).</li> <li>6. Dos fotos 2 x 2 (opcional)</li> <li>7. Consentimiento para Usar o Divulgar Información de Salud – Ley HIPAA</li> <li>8. Estudiantes en traslado, deberán presentar copia certificada de Autorización para recibir atención médica y PVAC-3 en original de la Institución de origen.</li> </ol> |
|--|---|

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

**PARTE A. INFORMACIÓN PARA SER LLENADA POR EL ESTUDIANTE**

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

Estado Civil: Soltero(a) \_\_\_\_ Casado(a) \_\_\_\_ Divorciado(a) \_\_\_\_ Viudo(a) \_\_\_\_ Núm. Seguro Social \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_  
día-mes-año

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

Dirección física: \_\_\_\_\_ Tel. Res. ( ) \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Tel. Res. ( ) \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Tel. ( ) \_\_\_\_\_

Emancipado: No  Si  (Presentar evidencia [original o copia certificada])



---

Fecha

Nombre del Médico

Firma del Médico

Número de Licencia

Teléfono