



UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO EN CAYEY

Decanato de Asuntos Estudiantiles

Oficina de Servicios Médicos

FORMULARIO MÉDICO

- Readmisión
- Admisión
 - Estudiante procedente de Escuela Superior
 - Estudiante procedente de otra institución universitaria
- Traslado (dentro del sistema UPR)

Sesión Académica
 Agosto 20____
 Enero 20____
 Verano 20____

PARTE A: FORMULARIO MÉDICO (PARA SER CUMPLIMENTADO POR EL ESTUDIANTE)

Para ser llenado por el estudiante. La información solicitada será para uso exclusivo de la oficina de Servicios Médicos.

Nombre: _____		Núm Estudiante: _____	
Estado Civil: Soltero(a) ___ Casado(a) ___ Viudo(a) ___ Divorciado(a) ___ Seguro Social: _____			
Sexo: M ___ F ___	Edad: _____	Fecha de nacimiento ___/___/___ <small>día mes año</small>	Lugar de Nacimiento: _____
Nombre del Padre: _____		Nombre de la madre: _____	
Dirección física: _____		Dirección postal: _____	
Tel. residencial () _____ - _____		Tel. móvil () _____ - _____	
En caso de emergencia notificar a: _____ Parentesco _____ Tel. () _____ - _____			
Emancipado: No ___ Si ___ (presentar evidencia original o copia certificada)			
Correo electrónico: _____		Celular estudiante: _____	

Marque aquellas enfermedades o condiciones que presente o haya presentado. De no aplicar escribir N/A.

<input type="checkbox"/>	Varicelas	<input type="checkbox"/>	Sinusitis	<input type="checkbox"/>	Problemas Cardiacos	<input type="checkbox"/>	Hipertensión
<input type="checkbox"/>	Defectos Secundario de Audición	<input type="checkbox"/>	Infecciones Garganta Frecuentes	<input type="checkbox"/>	Problemas Intestinales Crónicos	<input type="checkbox"/>	Alteraciones Emocionales
<input type="checkbox"/>	Sarampión Común	<input type="checkbox"/>	Tonsilitis	<input type="checkbox"/>	Colesterol Alto	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Renal
<input type="checkbox"/>	Sarampión Alemán	<input type="checkbox"/>	Mononucleosis	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Epilepsia
<input type="checkbox"/>	Poliomielitis	<input type="checkbox"/>	Asma Bronquial	<input type="checkbox"/>	Hipoglucemia	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Psiquiátrica
<input type="checkbox"/>	Paperas	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Tiroides
<input type="checkbox"/>	Difteria	<input type="checkbox"/>	Hemofilia	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la Piel	<input type="checkbox"/>	Traumatismo Severo
<input type="checkbox"/>	Fiebre escarlatina	<input type="checkbox"/>	Bronquitis	<input type="checkbox"/>	Eczema	<input type="checkbox"/>	Problemas Ortopédicos
<input type="checkbox"/>	Catarros Frecuentes	<input type="checkbox"/>	Pulmonía	<input type="checkbox"/>	Ulceras	<input type="checkbox"/>	Defecto del Habla
<input type="checkbox"/>	Otitis Media	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	Artritis Reumatoidea	<input type="checkbox"/>	Malignidad

Hospitalizaciones o Enfermedades 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 o tutor legal _____



UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO EN CAYEY

Decanato de Asuntos Estudiantiles

Oficina de Servicios Médicos

PARTE B: FORMULARIO MÉDICO PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO EXAMINADOR.

Requisitos importantes que deben ser incluidos con este examen físico:

1. Resultados de la Prueba de Tuberculina o Placa de pecho (la placa se requiere solo a quienes muestran una prueba de tuberculina positiva). Estudiantes atletas se le requiere ambas.
2. Resultados de exámenes de sangre para Sífilis (serología) VDRL.
3. Resultados de CBC y diferencial
4. P-Vac-3 Actualizado

Nombre y Apellidos del Estudiante: _____

Peso: _____ Estatura: _____ Presión: _____ Audición: _____

Agudeza Visual: Ojo Derecho _____ Ojo Izquierdo _____

Marque según la columna. Escriba N. E. si no es evaluado.

Evaluación Clínica	Normal		Comentarios
	Sí	No	
Piel			
Oídos, nariz y garganta			
Cardiovascular			
Respiratorio			
Gastrointestinal			
Urogenital			
Músculoesquelético			
Neurológico			

Resultados de los laboratorios:

Debe incluir hojas de reporte de los laboratorios.

Serología	Fecha de realizada	Resultado	
Tuberculina*	Fecha de administrada	Fecha de lectura	Resultado
Placa de pecho	Fecha de realizada	Resultado	
CBC y diferencial	Fecha de realizado	Resultado	

*Nota: De ser positiva la prueba de tuberculina se requerirá la lectura de placa de pecho.

RESUMEN DE HALLAZGOS EN HISTORIAL. EXAMEN FÍSICO Y LABORATORIOS REQUERIDOS

Preguntas	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 de examen

Nombre del médico

Firma del médico

Licencia

Teléfono

P.O. Box 372230, Cayey, P.R. 00737-2230/205 Ave. Antonio R. Barceló, Cayey, P.R. 00736-9997

Tel. (787) 738-2161, Ext. 2043- Email: serviciosmedicos.cayey@upr.edu

Patrono con Igualdad de Oportunidades en el Empleo M/M/VI



UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO EN CAYEY

Decanato de Asuntos Estudiantiles

Oficina de Servicios Médicos

**ESTUDIANTE MENOR DE 21 AÑOS
DECLARACIÓN JURADA**

Yo, _____, mayor de edad _____, nombre del padre, madre o encargado status y vecino (a) de _____, Puerto Rico, en mi carácter de _____ de _____ por la presente:

(relación con el estudiante)

(nombre del estudiante)

Faculto al personal autorizado por el Honorable Secretario de Salud del Estado Libre Asociado 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 presten 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 facilidades del Recinto o Colegio o en cualquier otra facilidad no perteneciente a los mismos y que diagnostique, trate, opere o practique aquellas medidas terapéuticas correctivas que crean pertinentes y además administre los medicamentos y/o tratamientos que sean prescritos de conformidad con las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Autorizo a que sea referido a otros médicos y/o instituciones hospitalarias debidamente acreditadas por el Departamento de Salud del área, siguiendo las normas de privacidad establecidas.

En _____, hoy día _____ de _____ de _____.

Firma del estudiantes

Firma del padre o encargado

Número de seguro social del estudiante

Número de seguro social del padre, madre o tutor legal

AFFIDAVIT NUMERO: _____

JURADO Y SUSCRITO ante mí por _____, de las circunstancias personales antes indicadas, y a quien identifico mediante _____, número _____ por no conocerlo personalmente el Notario, en Puerto Rico, hoy día _____ de _____ de _____.

SELLO Y FIRMA DEL NOTARIO

Firma del Notario Público



UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO EN CAYEY

Decanato de Asuntos Estudiantiles

Oficina de Servicios Médicos

Consentimiento para Usar y/o Divulgar Información de Salud para Propósitos de Tratamiento

La ley federal Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) del 1996 requiere que se le notifique al

paciente la política de privacidad y confidencialidad de la entidad y que se evidencie dicha notificación. La de Derechos y del Paciente que para poder proveerle nuestros servicios debemos obtener su consentimiento para utilizar y divulgar su información de salud protegida para propósitos de tratamiento, pago y transacciones u operaciones para el cuidado de la salud que lleva a cabo nuestro Departamento.

Para cumplir con estas dos disposiciones de ley, le hemos entregado la notificación de la Política de Privacidad y Confidencialidad y de este consentimiento para usar y divulgar su información de salud. Al firmarlo, usted reconoce haberse enterado de nuestra Política de Privacidad y Confidencialidad y consiente al uso y divulgación de su información de salud según se describe en dicho documento.

Por favor, revise este consentimiento con mucho cuidado. Luego de revisar usted este documento y estar de acuerdo con sus términos y condiciones, fírmelo y anote la fecha donde se indica. Al firmar este consentimiento usted autoriza a que nuestro Departamento, conforme a la ley, use y divulgue su información de salud para llevar a cabo pagos o y para aspectos operacionales de nuestro Departamento.

Usted tiene el derecho a solicitar de nuestro Departamento restricciones en cuanto al uso y divulgación que hagamos de su información de salud para efectos de tratamiento, pagos o cualquier otra transacción u operación para el cuidado de su salud de conformidad con las disposiciones de ley al efecto. No obstante, nuestro Departamento no está obligado a aceptar su solicitud de restricciones. Sin embargo, si se aceptan las restricciones de uso o divulgación solicitadas por usted, dichas restricciones se convierten en obligatorias y nuestro Departamento deberá cumplirlas.

Con la firma de este consentimiento usted autoriza a nuestro Departamento, nuestros empleados (de conformidad con la ley federal HIPAA incluye, que además de los empleados(a)s, las personas que realizan voluntario para la organización) y sus asociados de negocio usen y divulguen su información de salud protegida para efectos de tratamiento, pago, transacciones y operaciones para el cuidado de su salud.

Usted tiene derecho a revocar este consentimiento por escrito, excepto en tanto y en cuanto nuestro Departamento, nuestros empleados y/o asociados de negocio hayan tomado alguna acción de uso y/o divulgación basado en el mismo.

De usted necesitar o interesar examinar en más detalle nuestra Política de Privacidad y Confidencialidad antes de firmar este documento, puede solicitar la misma al Oficial de Privacidad de nuestro Departamento de Servicios Médicos. Por favor, observe que, conforme a la legislación aplicable, nuestro Departamento se reserva el derecho de revisar, modificar o enmendar la política y práctica sobre uso y divulgación descrita en la notificación en cualquier momento. De usted interesar notificación revisada y enmendada, de así solicitarla al Oficial de Privacidad del Departamento de Servicios Médicos.

Yo, _____ certifico que he leído las disposiciones de este consentimiento, que lo entiendo y que estoy de acuerdo con los términos y condiciones expresados en el mismo.

Firma del Paciente: _____

Firma del Padre o Tutor del Paciente: _____

Nombre del padre o Tutor del Paciente: _____

Fecha: _____