



RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS
DECANATO DE ESTUDIANTES
SERVICIOS MÉDICOS A ESTUDIANTES



INSTRUCCIONES

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 custodiara la información médica por un periodo 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 periodo 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	
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).
3	Tres dosis de la vacuna contra Hepatitis B.
4	Tres dosis de la vacuna contra el polio.
5	Dos dosis de la Vacuna de Varicelas o Títulos de Varicelas IgG Cuantitativo
6	Vacuna de Influenza de Temporada
REQUISITOS PARA ADULTOS (MAYORES DE 21 AÑOS)	
1	C. Prueba de Tuberculina- No más de tres meses de efectuada de la fecha de inicio de clases o prueba de Cuantiferon.
	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.
	F. Prueba de sangre- Hepatitis B Surface Antibodies Quantitative
	G. Examen Físico- 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)
	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



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 _____ Num. 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) _____ Vido(a) _____ Teléfono o Celular: _____
Sexo: _____ Edad _____ Fecha de nacimiento _____ País de nacimiento _____
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	Colecterol 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: _____

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

Prueba de Sífilis		Fecha realizada	Fecha de administración	Fecha de Lectura	Resultado
Tuberculina, (de ser positiva, adjunte lectura Radiografía Tórax)		Fecha:	Resultado:	Resultado:	Resultado:
Prueba de Cuantiferón (si no se puede hacer tuberculina)		Fecha:	Resultado:	Resultado:	Resultado:
Radiografía de pecho (si aplica)		Fecha:	Resultado:	Resultado:	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?					
¿Esta 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: _____



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

DECLARACIÓN JURADA PARA ESTUDIANTES MENORES DE 21 AÑOS

Yo, _____, Nombre del padre o tutor
y vecino de _____, Puerto Rico,
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 _____, mes _____ de _____, 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 _____, Mes _____ de _____, Año _____

SELLO Y FIRMA DEL ABOGADO NOTARIO



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 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 _____, año _____
municipio / país
mes
de

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 o si la divulgación es requerida por ley, reglamento o 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
_____ Firma 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.