RECINTO DE CIENCIAS MÉDICAS DECANATO DE ESTUDIANTES
OFICINA DE SERVICIOS MÉDICOS A ESTUDIANTES

I N S T R U C C I O N E S

Favor de leer cuidadosamente este documento y llenarlo en su totalidad antes de llenarlo.

El Recinto de Ciencias Médicas de la UPR, en cumplimiento de la Ley 25-1983, requiere que todo solicitante someta su Certificado de Vacunación P-VAC-3 del Departamento de Salud de Puerto Rico, al día, con refuerzo de Tdap o Td. No obstante, ciertos programas académicos del Recinto tienen requisitos de vacunación adicionales a los generales del Recinto. Por lo tanto, al solicitar la admisión, será responsabilidad de cada solicitante informarse sobre los requisitos adicionales de vacunación establecidos para su programa académico y cumplirlos.

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 Estudiantiles del Recinto de Ciencias Médicas custodiará la información médica por un período de cinco (5) años, luego de lo cual dispondrá del mismo.

Todo estudiante de nuevo ingreso deberá visitar a su médico de familia o al centro de salud más cercano para que le realicen el examen físico y las órdenes de laboratorio. 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 (21 AÑOS o MÁS)
	1. **Debe tener evidencia de haber recibido una (1) dosis de Tdap.**	1. **Debe tener evidencia de haber recibido una (1) dosis de Tdap.**
	2. (2) Dos dosis de la vacuna MMR (sarampión común, alemán y paperas)	2. Dos dosis de la vacuna MMR (sarampión común, alemán y paperas) o Titulos individuales de las mismas.
	3. (3) Tres dosis de la vacuna contra Hepatitis B/Dos dosis de Hepatitis A	3. Tres dosis de la vacuna contra Hepatitis B y dos dosis de Hepatitis A
	4. (3) Tres dosis de la vacuna contra el Polio.	4. Vacuna de Influenza de Temporada. (anual).
	5. Dos dosis de la Vacuna de Varicelas y Títulos de Varicelas IgG Cuantitativo	5. Dos dosis de la Vacuna de Varicelas y Títulos de Varicelas IgG Cuantitativo
	6. Vacuna de Influenza de Temporada (anual).	
	7. (3) dosis de la Vacuna de Virus del Papiloma Humano	
	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. Reporte de Radiografía de Tórax para todos aquellos que resulten positivos en la prueba de tuberculina.
	E. Prueba de sangre para sífilis (VDRL o RPR- No más de tres meses de efectuada antes del inicio de clases o certificado de salud	E. Prueba de sangre para sífilis (VDRL o RPR)- No más de tres meses de efectuada antes del inicio de clases o certificado de salud.
	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. Licencia de Conducir (Preferible Real ID), Tarjeta electoral

PARTE A. INFORMACIÓN PERSONAL (PARA SER COMPLETADA POR EL ESTUDIANTE)

- □ Nuevo Ingreso – Estudiante procedente de Escuela Superior
- □ Readmisión
- □ Transferencia – Estudiante procedente de otra institución universitaria
- □ Traslado dentro del Sistema UPR
- □ Permiso Especial
- □ Mejoramiento Profesional
- □ Estudiante Graduado
- □ Estudiante Internacional / Intercambio

Nombre:_____ **Número de estudiante:**_____ **Sexo:** □ M □ F □ Otro □ Prefiero no responder	
Estado civil: □ Soltero (a) □ Casado (a) □ Divorciado (a) □ Viudo (a)	***Enmancipado:** □ SI □ NO
Fecha de nacimiento:_____ (día/mes/año) **Edad:**_____ **Lugar de nacimiento:** _____ (pueblo/nación)	
Dirección Física: _____	**Dirección Postal:** _____
Teléfono: _____	**Correo Electrónico Institucional:** _____
Nombre del padre: _____ **Teléfono del padre:** _____	**Nombre de la madre:** _____ **Teléfono de la madre:** _____
En caso de emergencia notificar a:_____ **Parentesco:**_____ **Teléfono:** _____	
En caso de emergencia notificar a:_____ **Parentesco:**_____ **Teléfono:** _____	

CONDICIONES DE SALUD (PARA SER COMPLETADA POR USTED)

Marque aquellas enfermedades o condiciones que presente o haya presentado:

	Alteraciones Emocionales		Enfermedades Respiratorias		Osteoporosis		
	Anemia		Enfermedades de Transmisión Sexual		Otitis Media		
	Artritis Reumatoidea		Enfermedad de Tiroides		Paperas		
	Catarros Frecuentes		Epilepsia		Poliomielitis		
	Colesterol		Fiebre Escarlatina		Problemas Cardiacos		
	Defecto del Habla		Fiebre Reumática		Problemas Intestinales Crónicos		
	Defecto de Audición		Hemofilia		Problemas Ortopédicos		
	Diabetes		Hepatitis		Sarampión		
	Difteria		Hipoglucemia		Traumatismos Severos		
	Enfermedades de la Piel		Infecciones Garganta Frecuentes		Tuberculosis		
	Enfermedad Psiquiátrica		Malignidad		Úlceras		
	Enfermedad Renal		Mononucleosis		Varicelas		

Otros problemas de salud:
Indique tratamiento actual, si alguno:
Cirugías o procedimiento (operaciones):
Alergias a medicamentos o alimentos:
Hospitalizaciones o Enfermedades en el último año:

*Los formularios de pacientes menores de edad emancipados o con firma del Tutor deberán estar acompañados de la evidencia acreditativa de su emancipación o asignación como Tutor.

_____ Firma del estudiante

_____ Firma Tutor o Encargado (en menores de 21 años)

_____ Fecha (día/mes/año)

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			
Musculoesqueletal			
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.**

SE REQUIERE INCLUIR 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.

NOTIFICACIÓN DE LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD

AUTORIZACIÓN DE USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

La Universidad de Puerto Rico y sus recintos, en cumplimiento a la ley federal, Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) del año 1996 y de conformidad al Artículo 11 de la ley Número 194, Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente, del año 2000, establece la orientación y el consentimiento sobre el uso y divulgación de la información de salud protegida de sus pacientes, previo a solicitar cualquier servicio de salud en las facilidades de los Servicios Médicos.

Como proveedores de servicios de salud, los Departamentos u Oficinas de Servicios Médicos (DSM/OSM) y todo su personal, tienen la obligación en ley, de proteger y asegurar la confidencialidad y privacidad de la información de salud de sus pacientes. La información protegida de salud incluye, pero no se limita a: historial médico, laboratorios, pruebas y exámenes diagnósticos, evaluación y tratamiento médico o psicológico, intervención de enfermería, síntomas y diagnósticos, así como cualquier información sobre cuidado médico y planes de salud.

La información de salud protegida será utilizada para: a) planificar su cuidado y tratamiento médico o psicológico, b) comunicación entre los profesionales de la salud que participen de su cuidado de salud, c) información para determinar un diagnóstico médico-quirúrgico, d) fines de facturación y auditorías de utilización de servicios por parte de su plan médico, e) auditoría de calidad y efectividad de los servicios, y, f) el cumplimiento de las leyes, reglamentos u órdenes administrativas emitidas por el Departamento de Salud de Puerto Rico.

Al firmar esta autorización, usted autoriza a los DSM/OSM, a través de su personal y socios, a utilizar su información de salud y divulgarla dentro de los parámetros permitidos por ley. La efectividad de este consentimiento está condicionada a solicitar y recibir servicios médicos de los DSM/OSM de los recintos universitarios adscritos a la Universidad de Puerto Rico y será válido mientras esté cursando sus estudios universitarios.

Certifico que he leído las disposiciones de esta autorización, que las entiendo, y que estoy de acuerdo con los términos y condiciones expresados en el mismo.

Firma del Estudiante: _____

Nombre del Estudiante: _____

Número de Estudiante: _____

***Firma del Padre o Tutor del Estudiante:** _____

***Nombre del Padre o Tutor del Estudiante:** _____

Fecha: _____