



PROGRAMA DE VIGILANCIA MÉDICA POR ESPOXICIÓN ANIMALES
Medical Surveillance Program Animal Exposure

HOJA DE SEGUIMIENTO HISTORIAL DE SALUD
Follow -Up Health History Form

Name (Last, First, MI)	E-mail	Birth Date (mm,dd,yy)	Sex (M/F)
Job Title	PI/Supervisor's Name	Student <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Campus: Academic Program:
Department	PI/Supervisor's E-mail & Phone	Visitor <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Work Phone	Protocol Title & Number	Minor <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Today's Date (mm,dd,yy)	Employee <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Volunteer <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

Para reevaluar los riesgos de salud al trabajar con animales, favor de contestar las siguientes preguntas: *To re-asses your health risks when working with animals, please answer the following questions:*

1. En el último año, ¿Ha tenido alguna condición de salud o condición existente que necesite comunicar al médico de la clínica de salud ocupacional o la de salud estudiantil?

Have you had any health condition during the past year or actual state that should communicate to the OHC's physician or the student health clinic?

Sí/Yes: _____ No/No: _____

Si es afirmativo, mencione la condición: *If your response is yes, please indicate the health conditions:*

2. En el último año, ¿Ha tenido cambios significativos en el área de trabajo? (Por ej.: especie animal, agente infeccioso, tipo de laboratorio, químicos, tareas, etc.)

Have you had any significant changes in your working area during the past year? (Ex: animal species, infectious agent, type of lab, chemicals, duties, etc.)

Sí/Yes: _____ No/No: _____

Si es afirmativo, indique el/los cambios: *If your response is yes, please describe the changes:*

3. En el último año, ¿Ha sido tenido alguna cirugía debido a alguna condición?

In the last year, have you had surgery for any condition?

Sí/Yes: _____ No/No: _____

Si es afirmativo, indique el tipo de cirugía: *If your response is yes, please indicate what type of surgery:*

4. En el último año, ¿Ha sufrido algún accidente o lesión ocupacional?

In the last year, have you suffered any accidents or occupational injuries?

Sí/Yes: _____ No/No: _____

Si es afirmativo, indique el tipo de accidente o lesión: *If your response is yes, please describe the accident or occupational injury:*

5. En el último año, ¿Ha sido reubicado(a) de su área de trabajo?

In the last year, have you been relocated from your work area?

Sí/Yes: _____ No/No: _____

Si es afirmativo, indique la causa: *If your response is yes, please state the reason for your relocation:*

7. En el último año, ¿Ha sido modificada su área de trabajo de forma significativa?

In the last year, has your work area been significantly modified?

Sí/Yes: _____ No/No: _____

Si es afirmativo, diga el tipo de modificación: *If your response is yes, please indicate the type of modifications:*

8. ¿Actualmente está en tratamiento de alguna condición de salud?

Are you currently being treated for any health condition?

Sí/Yes: _____ No/No: _____

Si es afirmativo, indique el/los tratamiento/s: *If your response is yes, please state the type of treatment(s):*

9. ¿Actualmente está en tratamiento en la **Corporación del Fondo de Seguro del Estado (CFSE)**, por alguna condición y/o lesión ocupacional?

Are you currently undergoing treatment at CFSE for any occupational condition and injury?

Sí/Yes: _____ No/No: _____

Si es afirmativo, indique el tipo de tratamiento: *If your response is yes, please state the type of treatment:*

Firma / *Signature*

Fecha / *Date*

<p>Empleado del RCM (MSC Employee) Una vez complete la información envíelo a: Once you complete the information send it to:</p> <p>clinicaocupacional.rcm@upr.edu</p>	<p>Estudiante del RCM (MSC Student) Una vez complete la información envíelo a: Once you complete the information send it to:</p> <p>serviciosmedicosestudiantes.rcm@upr.edu</p>
--	---

Ambas Clínicas emitirán una autorización que le permitirá trabajar con animales que será válido por un (1) año. Este certificado tiene que acompañar la renovación anual del Protocolo de IACUC. *Both Clinics will issue a written assurance allowing you to work with animals valid for one year. The assurance must accompany your yearly IACUC Protocol renewal.*

ANIMAL EXPOSURE SURVEILLANCE PROGRAM

Follow-Up Medical Health Screening Clearance for work with research animals in the
Medical Sciences Campus of the University of Puerto Rico

CERTIFICATION FORM FOR MEDICAL SERVICE PROVIDER USE ONLY

All documents have been reviewed, and the participant _____
Participant's Name

___ **complies** ___ **doesn't comply** with the requirements as established in the Animal Care
and Use Program. Therefore, the participant is:

Not Cleared

Cleared

Cleared with the following restrictions: _____

Has the following documentation incomplete: _____

Provider Signature: _____ Date: _____

NPI: _____

Researchers, students and participants from other campuses of the UPR System or other organizations and institutions, will exclusively send this MEDICAL CERTIFICATION FORM to the supervisor or person in charge of the program for whom they will be working. The medical certification must be sign by their organization's medical health care provider or their private physician.

Investigadores, estudiantes y participantes de otros campus del sistema UPR u otras organizaciones e instituciones, remitirán, exclusivamente, esta HOJA DE CERTIFICACIÓN MÉDICA al supervisor o persona a cargo del programa para el cual estará trabajando. La certificación médica debe estar firmada por el proveedor de atención médica de su organización o su médico privado.