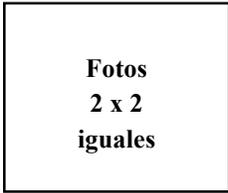


Universidad de Puerto Rico
Recinto Universitario de Mayagüez
Decanato de Estudiantes
Departamento de Servicios Médicos



- Estudiante Procedente de Escuela Superior
- Readmisión - Año de Estudio en el RUM _____
- Traslado de otra Institución Universitaria

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

Para ser llenado por el estudiante. Entregar al departamento de servicios médicos. La información solicitada será para uso exclusivo del departamento de Servicios Médicos.

Nombre: _____		Num. 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. () _____ - _____
_____		Parentesco _____	Tel. () _____ - _____
Emancipado: No ___ Si ___ (presentar evidencia original o copia certificada)			

Marque aquellas enfermedades o condiciones que presente o haya presentado.

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



PARTE B: FORMULARIO MÉDICO

Para ser llenado 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)
3. Resultados de CBC y diferencial
4. P-Vac-3 Actualizado

Peso: ____ Estatura: ____ Presión: ____ Audición: ____

Agudeza Visual: Ojo Derecho ____ Ojo Izquierdo ____

Marque según la columna. Escriba N. E. si es evaluado

Evaluación clínica por sistema	Normal		Comentarios
	Si	No	
Piel			
Oídos, nariz, garganta			
Cardiovascular			
Respiratorio			
Gastrointestinal			
Urogenital			
Musculoesquelético			
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 del examen

Nombre del médico

Firma del médico

Licencia

Teléfono