

FECHA: 17 de abril de 2017

A: **ESTUDIANTES DE NUEVO INGRESO, TRASLADO, RE-ADMISION, TRANSFERENCIA Y ESTUDIOS GRADUADOS AL RECINTO UNIVERSITARIO DE MAYAGÜEZ PARA EL PRIMER SEMESTRE AÑO ACADÉMICO 2017-2018**



DE: Rosie Torres de Calderón, MS
Directora

ASUNTO: **EVALUACIÓN MÉDICA Y DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA MATRÍCULA**

¡Saludos y Bienvenidos! El Departamento de Servicios Médicos del Recinto Universitario de Mayagüez le felicita por su admisión a esta prestigiosa casa de estudios y se pone a su disposición brindándole un amplio programa de servicios de salud.

A efectos de autorizar la matrícula, la Certificación Número 74-75-319 de la Junta Administrativa requiere que todo estudiante admitido a cursar estudios en este Recinto, como requisito previo a su ingreso, deberá hacerse un Examen Físico completo, incluyendo resultados de laboratorio con fecha no mayor de tres meses a la fecha de entrega.

A continuación detallamos los formularios, exámenes y pruebas que deben ser completadas y sometidas al Departamento de Servicios Médicos. Los mismos deben ser recibidos, vía correo postal, no más tarde del **jueves, 15 de junio de 2017**.

1. Formulario Médico. El mismo incluye la evaluación médica a cuál debe ser realizada por un médico con licencia para ejercer la medicina. Las pruebas y los exámenes de laboratorio, así como la evidencia de vacunación, deben estar firmados o certificados por un profesional autorizado.
2. Certificado de Inmunización P-VAC-3, documento en original requerido por la Ley de Inmunización Estatal del Departamento de Salud (Ley Número 25). El mismo deberá reflejar las vacunas de la niñez y las requeridas según la edad del estudiante al momento de la admisión, así como aquellas que la universidad solicite al momento de la admisión. Deberá cumplir con:
 - Dos (2) dosis de la vacuna MMR (administradas luego de haber cumplido su primer año de edad).
 - Tres (3) dosis de la vacuna contra la Hepatitis B (si es menor de 18 años).
 - Tres (3) o cuatro (4) dosis de DTaP/DTP/DT (vacunas de la niñez).
 - Tres (3) dosis de la vacuna contra el polio (IPV/OPV), si la última fue administrada en o después de los cuatro (4) años de edad.
 - Dos (2) dosis de la vacuna contra la varicela o en su lugar una certificación médica que evidencie que ha padecido la condición o que es alérgico a la vacuna. Se recomienda un intervalo mínimo de tres meses entre ambas para menores de 13 años y de treinta días para aquellos mayores de 13 años.
 - Un (1) refuerzo de la vacuna contra el Tétano, Difteria y Pertusis Acelular (Tdap) y/o un refuerzo de la vacuna contra el Tétano y Difteria (Td) según sea el caso:
 - De haber recibido una Td a los 11 años requerirá una Tdap en 5 años, si al momento de su admisión no ha cumplido los 19 años de edad.
 - Si tiene una Td y es mayor de 19 años, esta es válida por 10 años.
 - Dos dosis de la vacuna conjugada contra el Meningococo (MCV) según recomendación del Departamento de Salud. Todo adolescente vacunado entre las edades de 11 a 12 años, requerirán una dosis de refuerzo a la edad de 16 años. Todo adolescente que fue vacunado entre los 12 a 15 años de edad también requerirán una dosis de refuerzo entre los 16 años hasta los 18 años, con un intervalo mínimo de por lo menos 8 semanas entre dosis. Si la primera dosis se administró a la edad de 16 años o más, no necesita dosis de refuerzo.

Verificar que el PVAC-3 este completo y actualizado con su pediatra o médico de familia.

Los extranjeros menores de 21 años para agosto 2017 deberán someter evidencia de las vacunas de su niñez y cumplir con los requisitos antes mencionados.

Todo estudiante mayor de 21 años deberá presentar evidencia de las vacunas administradas en su niñez y un refuerzo de Td de no más de 10 años de administrada a la fecha de admisión.

3. Resultado de prueba de tuberculina o lectura de placa de pecho. Los estudiantes admitidos como atletas del Recinto deben proveer ambas.
4. Resultado de sangre para VDRL (*Serología*).
5. Resultado de prueba CBC y diferencial.
6. Formulario de Autorización para Evaluación y/o Tratamiento Físico y/o Mental *para menores de 21 años. El mismo debe ser notariado ante un Notario Público y con Sello de Asistencia Legal.*
7. Una fotografía oficial de su rostro, recientes tamaño 2 x 2.
8. Formulario de Selección Seguro Médico Estudiantil y si aplica, copia de su tarjeta de plan médico evidencia de que está cubierto por un seguro médico personal (*véase memorando sobre Requerimiento de Seguro Médico*) vigente para su semestre de estudio.
9. Acuse de Recibo del Consentimiento para Usar o Divulgar Información de Salud-Ley HIPAA.
10. Envíe sobre con sello de Correo Postal para comunicarnos con usted de ser necesario.
11. Una vez complete los documentos debe enviarlos a la siguiente dirección: Solo se aceptan documentos por correo postal.

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS
RECINTO UNIVERSITARIO DE MAYAGÜEZ
CALL BOX 9000
MAYAGÜEZ, P.R. 00681-9000**

NOTA: Se recomienda guardar copia de todos los documentos antes de entregarlos.

Está disponible una Hoja de Cotejo para facilitarles la información de los documentos requeridos. **NO SE PROCESARÁ SU MATRÍCULA EN EL RECINTO SI NO CUMPLE CON ESTOS REQUISITOS.** De necesitar información adicional pueden comunicarse con nosotros a través del teléfono 832-4040, extensiones 3416 y 3408.

FECHA: 17 de abril de 2017

A: **ESTUDIANTES DE NUEVO INGRESO, TRASLADO, RE-ADMISION,
TRANSFERENCIA Y ESTUDIOS GRADUADOS AL RECINTO UNIVERSITARIO
DE MAYAGÜEZ PARA EL PRIMER SEMESTRE AÑO ACADÉMICO 2016-2017**


DE: Rosie Torres de Calderón, MS
Directora

ASUNTO: **PLAN MÉDICO DE ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO**

El Departamento de Servicios Médicos del Recinto Universitario de Mayagüez, provee servicios de salud primarios a todos los estudiantes matriculados en nuestro Recinto. Mantenemos contrato con la mayoría de los planes médicos, para detalles puede acceder a www.uprm.edu/medical. Con el propósito de complementar los servicios de salud, la Universidad de Puerto Rico requiere como política institucional que todo estudiante matriculado en un curso de tres créditos o más, esté cubierto por un seguro médico validado en Puerto Rico.

Si el estudiante está acogido a un seguro médico de gobierno o privado validado en Puerto Rico que cubra el semestre en el cual cursará estudios, debe completar el **Formulario de Seguro Médico Estudiantil** y someter evidencia confiable del mismo con los documentos requeridos por el Departamento de Servicios Médicos. Dicha evidencia puede ser una de las siguientes alternativas:

1. **FOTOCOPIA DE LA TARJETA DEL SEGURO MÉDICO VIGENTE, EXPEDIDA A NOMBRE DEL ESTUDIANTE O TARJETA FAMILIAR QUE INCLUYA EL NOMBRE DEL ESTUDIANTE. DEBE INCLUIR FECHA DE VENCIMIENTO.**
2. **DOCUMENTO OFICIAL DE LA COMPAÑÍA, AGENCIA O DEPARTAMENTO DE SALUD EN CASOS DE SEGURO DE GOBIERNO, QUE PROVEA EL SERVICIO DE SEGURO MÉDICO QUE CERTIFIQUE QUE EL ESTUDIANTE ESTÁ ACOGIDO O CUBIERTO POR EL MISMO PARA EL SEMESTRE QUE ESTARÁ CURSANDO ESTUDIOS.**

De no presentar evidencia o de ésta no ser aceptada, el estudiante estará obligado a acogerse como mínimo a la alternativa de Cubierta Básica del seguro médico para estudiantes establecida mediante contrato entre la compañía de seguro médico y la Universidad de Puerto Rico.

Está disponible el Formulario de Selección de Seguro Médico Estudiantil. De estar usted acogido a algún seguro médico privado o de reforma, envíe la evidencia y el Formulario con los restantes documentos de Servicios Médicos. De no haber selección alguna, su Formulario de Matrícula incluirá el costo de la Cubierta Básica del seguro contratado con la Universidad para el momento de su matrícula. Usted puede cambiar esta selección durante los días de ajuste a la matrícula para la Semana de Orientación antes del primer día de clases en agosto, día en que es efectivo el plan médico contratado con la Universidad. Es responsabilidad del estudiante mantener actualizado la cubierta de su plan médico para su periodo de matrícula.

A partir del primer día de clases no se efectuarán bajas al plan médico o cambios de las Cubiertas Extendidas a la Cubierta Básica o de dicho plan médico a otro plan médico. Asegure realizar cambios antes de esta fecha.

De necesitar información adicional, puede visitarnos o comunicarse con nuestras oficinas al teléfono 832-4040, extensiones 3416 y 3408.



SERVICIOS MÉDICOS: HOJA DE COTEJO

La siguiente lista muestra los pasos para completar los documentos requeridos como parte de tu admisión.

Documentos que debes tramitar y enviar a Servicios Médicos.

	Formulario Médico- Examen Físico (Debe estar firmado por el estudiante, padre o tutor si es menor de 21 años)
	Certificado de Inmunización Certificado de Inmunización P-VAC-3 amarillo o verde dependiendo de su estado de inmunización para menores de 21 años que esté al día o refuerzo TD para mayores. El certificado debe reflejar las vacunas indicadas en el <i>Memorando de Evaluación Médica</i> .
	Resultados de Prueba de Tuberculina o lectura de Placa de Pecho (atletas deben presentar ambos).
	Resultados de exámenes de sangre para sífilis (serología).
	Resultados de CBC y diferencial.
	Formulario de Autorización para Recibir Atención Médica (Declaración Jurada) Menores de 21 años debe presentarla notariada y con Sello de Asistencia Legal .
	Hoja de Selección Seguro Médico Debe estar acompañada de evidencia o certificación de cubierta si está acogido a seguro médico privado o de reforma. Copia de tarjeta de plan médico que evidencie fecha de expiración vigente para el semestre de estudio. De no aparecer fecha de expiración, enviar certificación de la compañía aseguradora con fecha de vencimiento. Para información y costos del seguro médico universitario visite: http://www.uprm.edu/medical
	Una fotografía 2x2 (de su rostro). Favor de escribir nombre y número de estudiante asignado por el RUM al dorso de la fotografía.
	Acuse de Recibo Notificación de Política Privacidad-Ley HIPAA firmada por el estudiante y padre o tutor.
	Sobre con sello de correo, anote su nombre y dirección postal como destinatario. (Pre-dirigido)

IMPORTANTE:

- *Una vez complete los documentos debe enviarlos al Departamento de Servicios Médicos en un sobre manila a la siguiente dirección:*

Departamento de Servicios Médicos
Recinto Universitario de Mayagüez
Call Box 9000
Mayagüez, P.R. 00681-9000

- *Debe guardar copia de todos los documentos que envíe.*
- *Fecha límite para entregar documentos es el jueves, 15 de junio de 2017.*

**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: _____		Núm. Estudiante: _____	
Estado Civil: Soltero (a)___ Casado(a)___ Viudo(a)___ Divorciado(a)___ Seguro Social: _____			
Sexo: M___ F___	Edad: _____	Fecha de nacimiento ___/___/___	Lugar de nacimiento: _____
Nombre del padre: _____		Nombre de la madre: _____	
Dirección física: _____		Dirección postal: _____	
Teléfono residencial () _____ - _____		Teléfono móvil () _____ - _____	
En caso de emergencia notificar a:			
_____		Parentesco _____	Tel. () _____ - _____
_____		Parentesco _____	Tel. () _____ - _____
Emancipado: No___ Si___ (presentar evidencia original o copia certificada)			
Correo electrónico: _____			

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 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)
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



**UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO UNIVERSITARIO DE MAYAGUEZ
DECANATO DE ESTUDIANTES
DEPARTAMENTO 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 estudiante

 Firma del Padre o Encargado

 Seguro Social del Estudiante

 Seguro Social del Padre o Encargado

 Número de Estudiante

 AFFIDAVIT NUMERO: _____

JURADO Y SUSCRITO ANTE MI por _____ de las
 circunstancias personales antes expresadas, y a quien identifico mediante
 _____, Puerto Rico, hoy día _____ de _____ de _____.

SELLO Y FIRMA DEL NOTARIO

**UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO UNIVERSITARIO DE MAYAGUEZ
DECANATO DE ESTUDIANTES
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS**

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA

DECLARACIÓN JURADA

Estudiante: _____ Mayor de 21 años _____ Casado _____ Emancipado

Yo, _____, _____,
Nombre del estudiante status

y vecino (a) de _____, Puerto Rico por la presente:
(PUEBLO O PROVINCIA)

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 precritos de conformidad con las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Autorizo a ser 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 estudiante

Número de Seguro Social

Número de estudiante



NOTIFICACIÓN DE POLÍTICA DE PRIVACIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE UN RESUMEN DE CÓMO SU INFORMACIÓN DE SALUD PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA POR NUESTRO DEPARTAMENTO Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CON DETENIMIENTO. LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN ES MUY IMPORTANTE PARA NOSOTROS

En el departamento de Servicios Médicos comprendemos que la información médica de nuestros pacientes es personal y confidencial, por lo cual estamos comprometidos a proteger y salvaguardar la privacidad y confidencialidad de dicha información, conforme a lo establecido bajo la ley HIPAA. Solo utilizamos su información con el propósito de poder proveerle el tratamiento que usted necesite, al momento de su vista.

En adición, esta ley nos impide divulgar información acerca de usted, su salud, plan de tratamiento, y otros, a ninguna persona, sin previa autorización escrita de su parte.

Utilizamos su información solo para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de departamento, o en casos particulares en los que lo exija la ley, donde no se requiere su permiso escrito como: Donación de órganos y tejidos, Miembros de la fuerza aérea, Compensación a trabajadores, Riesgos a la salud pública, Sospecha de abuso, Investigación al amparo de la ley, Cumplimiento de requerimientos legales, Jueces, Examinadores médicos, y directores de funerarias.

Se compartirá información de salud protegida con familiares y amigos, según sea necesario, para ayudarle a la prestación de servicios, solo si usted accede a ello. En caso de emergencia, estará en nuestra discreción, el uso y divulgación de su información.

ALGUNOS DERECHOS DEL PACIENTE

Inspección y copia: Usted tiene derecho de revisar la información de salud que mantenemos en su expediente. De igual manera, puede solicitar copia del mismo. Esta solicitud debe hacerse por escrito, y tendrá un costo módico por el mismo.

Registro de información divulgada: Usted tiene derecho a solicitar un detalle del registro de divulgaciones que realizó nuestro departamento sobre su información médica, esta solicitud debe hacerse por escrito.

Restricciones Respecto a Información Solicitada o Divulgada: Usted podrá requerir pedir restricciones o limitaciones adicionales al uso de su información médica. Esta solicitud debe hacerse por escrito, identificando la información específica y a que personas quiere que se le aplique la restricción.

Solicitud de confidencialidad en la comunicación: Usted tiene derecho a solicitar que la comunicación entre usted y el profesional de la salud que lo atiende se lleva a cabo en un lugar adecuado, donde se preserve la privacidad y confidencialidad respecto a su información. También puede expresar como y donde desea se le comunique con usted.

Enmiendas: Usted tiene derecho a solicitar enmiendas acerca de su información de salud. Esta solicitud debe hacerse por escrito. Esta enmienda puede ser denegada, después de evaluada, por lo que usted podría pedir una reconsideración.

Procedimiento de Querellas: Sí usted entiende que su derecho a la privacidad y confidencialidad respecto a su información médica ha sido violentado, puede presentar una querrela donde detalle lo sucedido a la dirección de nuestro departamento. Usted no será penalizado por presentar una querrela.

Otros usos de la información médica: Cualquier otro uso o divulgación de información médica del paciente que no estén cubiertas por medio de esta notificación, así como tampoco cubiertas o reguladas por leyes, reglas y reglamentos federales y estatales aplicables, deberán sólo realizarse previa obtención escrita al efecto de parte del paciente.

De usted necesitar o interesar examinar más detalladamente nuestra **Política de privacidad**, puede solicitar la misma al Oficial de Privacidad o a la directora del 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 practica sobre uso y divulgación descrita en la notificación en cualquier momento.

PARA INFORMACIÓN DEL PACIENTE, FAVOR RETENER ESTA HOJA PARA SUS ARCHIVOS.

**UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO UNIVERSITARIO DE MAYAGÜEZ
DECANATO DE ESTUDIANTES
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS**



**ACUSE DE RECIBO
NOTIFICACION DE PRIVACIDAD**

Yo, _____, certifico bajo mi firma que he recibido
Nombre del estudiante

un resumen de la Notificación de Política de Privacidad, del Departamento de Servicios Médicos; y que entiendo y estoy de acuerdo con los términos y condiciones expresados en el mismo.

Firmado hoy, ____ de _____ de 20____.

Firma del estudiante: _____

Número de Estudiante: _____

En menores de 21 años

Nombre del Padre o Representante Legal: _____

Firma del padre o Representante Legal: _____

ENVIAR AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS

Usted puede acceder la notificación de privacidad en su totalidad visitando la página web del Departamento de Servicios Médicos en <http://www.uprm.edu/medical> o puede solicitar la misma personalmente en nuestro Departamento.