

**UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO  
RECINTO UNIVERSITARIO DE MAYAGUEZ  
DECANATO DE ESTUDIANTE  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MEDICOS**



**EVALUACION DE SALUD**

**NOTA: SOLO PARA PARTICIPANTES/ESTUDIANTES MENORES DE 21 AÑOS. ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACION MÉDICA CONFIDENCIAL Y DEBE SER PROTÉGIDO Y MANEJADO POR PROFESIONAL AUTÓRIZADO.**

**Parte I (Debe ser cumplimentada por los padres o persona encargada) (Favor usar tinta negra y letra de molde)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Grupo/Campamento/Departamento \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_

Dirección Permanente \_\_\_\_\_

Tel. Residencial (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ Tel. Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ Tel. Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Persona a llamar en caso de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono de Emergencia (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Médico o Pediatra \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Plan Médico \_\_\_\_\_ Fecha de Expiración \_\_\_\_\_

(Incluir copia de la Tarjeta del Plan Médico)

EN CASO DE EMERGENCIA O ACCIDENTE DOY MI AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO AL PERSONAL MEDICO DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS DEL RECINTO UNIVERSITARIO DE MAYAGÜEZ A OFRECER A MI HIJO/A SERVICIO DE EMERGENCIA, O A TRANSFERIR O SER REFERIDO/A DE SER NECESARIO A UNA FACILIDAD HOSPITALARIA DEBIDAMENTE ACRÉDITADA POR EL DEPARTAMENTO DE SALUD.

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre o encargado(a) \_\_\_\_\_

**Parte II Información Médica (para ser cumplimentada por el médico)**

Peso \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Presión arterial \_\_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_\_

	SI	NO
1. ¿Existe alguna condición de la que se pueda esperar emergencia, como diabetes, epilepsia, mareo, asma, etc?		
2. ¿Existe alguna condición emocional, mental, o física que requiera supervisión médica?		
3. ¿Están al día sus inmunizaciones?		
4. ¿Hay alguna razón para sospechar problemas de salud?		
5. ¿Hay alguna condición que limite: Actividades en el salón, Educación Física, Competencias atléticas deportivas?		
6. ¿Hay alguna condición de visión, audición, lenguaje o movimiento para la que haya que hacer ajustes de acceso, horario, dieta o localización?		
7. Alergia a:		

COMENTARIOS \_\_\_\_\_

Firma del Médico \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del Médico \_\_\_\_\_

No. de Licencia \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_