



17 de abril de 2024.

Enmienda al comunicado enviado el 25 de enero de 2024 para que lea:

ESTUDIANTES DE NUEVO INGRESO, READMISION, TRASLADO SISTEMA UPR, TRANSFERENCIA DE OTRA UNIVERSIDAD, PERMISO ESPECIAL Y MEJORAMIENTO/1ER SEMESTRE 2024-25

Bienvenidos al *antes, ahora y siempre COLEGIO*. En el Departamento de Servicios Médicos nos ponemos a su disposición brindándole una gama de servicios en el campo de la salud de forma integral durante su vida universitaria próxima a iniciar. Le informamos que en cumplimiento de la nueva **Certificación 23-24-145**, emitida por la Junta Administrativa de la Universidad de Puerto Rico, se requiere que usted cumpla con la entrega de una serie de documentos, debidamente completados, al Departamento de Servicios Médicos UPRM, como requisito indispensable previo a su matrícula de agosto 2024.

Los documentos deben ser completados en todas sus partes según indicado, en formato pdf individualmente en o antes del **viernes, 7 de junio de 2024**. No deje espacios en blanco, escriba N/A (si no aplica a usted). Escriba su nombre y número de estudiante asignado, en todos los documentos. El modo de entrega de los documentos es accediendo a la plataforma virtual <https://portal.upr.edu> en el icono "Medical Documents". Siga las instrucciones allí establecidas usando el orden que indica la plataforma.

No se aceptan documentos por ningún correo electrónico.

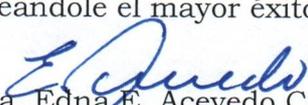
Una vez someta los documentos deberá esperar que los mismos sean evaluados y aceptados. Usted será informado mediante la plataforma del estatus de sus documentos. Los siguientes tres (3) documentos además de someterlos en la plataforma, debe enviarlos en original por correo postal o traer personalmente al departamento.

- *1. Certificación de vacunas Original (PVAC -3)
- * 2. Copia de sus vacunas de COVID 19 o de la exención en el formulario expedido por el Departamento de Salud de P.R.
- * 3. Declaración Jurada Original (menores de 21 años) o el Consentimiento para Evaluación Médica (mayores de 21 años) según aplique a su edad.

Enviar a: Universidad de Puerto Rico
Recinto de Mayagüez
Departamento de Servicios Médicos
Call Box 9000
Mayaguez P. R. 00681- 9000

Adjuntamos los documentos requeridos según su clasificación de admisión. También, puede acceder a la página electrónica: <https://www.uprm.edu/serviciosmedicos/>, en el icono de "Documentos y Formularios" donde están disponibles. De necesitar información adicional, puede llamar al (787) 832-4040, extensión 3408 / 3416 (L-V de 8:00am - 4:00pm) en días laborables.

Deseándole el mayor éxito en su carrera universitaria, queda a sus órdenes,


Sra. Edna E. Acevedo Castro
Directora Interina DSM UPRM

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO: MAYAGÜEZ
DEPARTAMENTO SERVICIOS MEDICOS

DOCUMENTOS REQUERIDOS SEGÚN SU CLASIFICACION DE ADMISION:

Estudiantes Nuevo Ingreso, Readmisión, Traslado Sistema UPR y Transferencia de otra Universidad

- Historial Médico
- Prueba Negativa de Tuberculina y/o Placa de Pecho (menos de un año)
- Certificado de Vacunas P-VAC-3 (Original) al día, con evidencia Vacuna Covid-19
- Declaración Jurada Notariada (menores de 21 años)
- Consentimiento Evaluación (mayores de 21 años)
- Notificación Política de Privacidad (Ley Hipaa)
- Hoja de Selección de Seguro Médico
- De tener Plan Médico Privado o de Reforma presentar Certificación de la Compañía con Fecha de Expiración o Renovación
- Foto 2 x 2

Estudiantes Estudios Graduados, Estudiantes Internacionales y Estudiantes de Intercambio

- Historial Médico
- Examen Físico
- Prueba Negativa de Tuberculina y/o Placa de Pecho (menos de un año)
- Serología (VDRL) (menos de seis meses)
- Prueba de Sangre – Hepatitis B Surface Antibodies Quantitative (menos de seis meses)
- Certificado de Vacunas al día, con Evidencia de Vacunas Covid-19
- Declaración Jurada Notariada (menores de 21 años)
- Consentimiento Evaluación (mayores de 21 años)
- Notificación Política de Privacidad (Ley Hipaa)
- Hoja de Selección de Seguro Médico
- De tener Plan Médico Privado o de Reforma presentar Certificación de la Compañía con Fecha de Expiración o Renovación
- Foto 2 x 2

Estudiantes Permiso Especial y Transeúntes

- Historial Médico
- Certificado de Vacunas P-VAC-3 (Copia del Original) y evidencia Vacuna Covid-19
- Declaración Jurada Notariada (menores de 21 años)
- Consentimiento Evaluación (mayores 21 años)
- Notificación Política Privacidad (Ley Hipaa)
- Hoja de Selección de Seguro Médico
- De tener Plan Médico Privado o de Reforma presentar Certificación de la Compañía, con fecha de Expiración o Renovación
- Foto 2 x 2

Estudiantes Mejoramiento Profesional y Certificación de Maestros*

- Historial Médico
- Evidencia Vacuna TD (no más de 10 años de administrada) y evidencia vacunas Covid-19
- Declaración Jurada Notariada (menores de 21 años)
- Consentimiento Evaluaciones (mayores 21 años)
- Notificación Política Privacidad (Ley Hipaa)
- Hoja Especial de Selección de Seguro Médico, llena con la información de su plan médico (añadir foto)
- *Esta clasificación NO permite acogerse al Plan Médico Estudiantil
- Foto 2 x 2

Tabla de Referencia Documentos a Entregar (verifique cuales aplican a usted según listados adjunto)

	Documento Solicitado	Justificación	Información de Ayuda
1	Formulario de Historial Médico	Documento que recopila información personal, requerida ante cualquier eventualidad de salud del estudiante.	El estudiante y su tutor legal. Ambos deben firmar el documento y completar en todas sus partes.
2.	Una Foto 2x2 (cara)	Poder identificar físicamente al estudiante	Una foto de la cara del estudiante. Puede ser tomada de un Teléfono celular (No sombreros, disfraces, maquillajes exagerados, gafas, etc.)
3	TB o placa de pecho	Son requeridos para que el médico pueda completar el examen físico, en caso del estudiante requerir atención médica. <i>no más de 1 año de realizado</i>	Si tiene una prueba o placa de pecho realizada que para agosto 2024 no haya vencido, puede entregar copia de la misma.
4	*PVAC 3/ Vacunas *Incluya las vacunas de COVID 19 administradas o la exoneración de vacunas.	Ley # 25 Verifique con su médico o proveedor de salud que el documento cumpla con las vacunas requeridas de acuerdo a su edad.	El documento original debe tenerlo la escuela superior, donde cursó su 4to año escolar. Su pediatra o un centro de vacunación podrá proveer el documento de ser necesario. Debe ser el original (no copia)
5	*Declaración Jurada (menores de 21 años de edad) *Formulario para Consentimiento de Tratamiento Médico (mayores de 21 años de edad)	Es el documento legal para poder brindar ayuda médica, en caso de que el estudiante así lo requiera, aún cuando su tutor legal no esté disponible para autorizar el mismo.	Documento legal a ser llenado por un notario público. Debe estar firmado por el estudiante y el tutor legal. Debe tener los sellos y número de affidavit. Los mayores de 21 años, completan y firman el documento que le aplica. NO notarizar.
6	Formulario de Notificación de la Política de Privacidad	Ley HIPPA, requerida para la atención médica en cualquier institución de salud en P.R.	Documento a ser llenado por el estudiante y su tutor legal
7	Formulario de Selección de Seguro Médico (documento virtual) previo a someter la certificación de su plan médico. Accediendo a portal.upr.edu	Documento informativo, de responsabilidad y compromiso para mantener vigente su plan médico mientras estudia en la UPRM.	Debe ser complementado en la plataforma virtual. Este documento deberá completarlo todos los semestres previos a sus pagos de matrículas. Accediendo a portal.upr.edu
8	Certificación de su plan médico privado Alternativas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Acogerse al plan de la UPRM (tiene un cargo financiero que se refleja en la factura de su matricula) 2. Evidencia de plan privado o gobierno (vigente) 3. Hijo de empleado UPR menor de 26 años (puede someter una foto de la tarjeta a su nombre, esto sustituye la certificación) 4. Si usted es admitido para mejoramiento profesional, programa de maestros o está matriculado en 3 créditos o menos, no requiere evidencia de plan médico. 	Evidencia oficial, que emite la aseguradora de su plan médico, donde esté impresa la fecha de expiración. Dato requerido para que no se le asigne el plan de la UPRM. Este documento deberá entregarlo todos los semestres previos a sus pagos de matrículas de forma virtual. Accediendo a portal.upr.edu ESTO CON LLEVA UN CARGO A SU FACTURA DE MATRICULA	Solicite a la aseguradora de su plan médico privado la certificación. Si su plan es el de gobierno puede someter un documento oficial donde este el nombre del estudiante y la fecha de expiración del plan médico. Le recordamos que, el plan debe estar vigente y ser válido en Puerto Rico, sobre todo en las salas de emergencia para poder ser validado.

*Documentos que deben ser enviados por correo postal o entrega presencial una vez los suba a la plataforma virtual.

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO: MAYAGÜEZ
DEPARTAMENTO SERVICIOS MEDICOS

Foto
2 x 2

HISTORIAL MEDICO

PARTE A: INFORMACION PERSONAL (PARA SER COMPLETADA POR EL ESTUDIANTE)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nuevo Ingreso – Procedente Escuela Superior | <input type="checkbox"/> Estudios Graduados |
| <input type="checkbox"/> Readmisión | <input type="checkbox"/> Estudiante Internacional / Intercambio |
| <input type="checkbox"/> Traslado dentro Sistema UPR | <input type="checkbox"/> Permiso Especial |
| <input type="checkbox"/> Transferencia – Procedente otra Inst. Universitaria | <input type="checkbox"/> Mejoramiento Profesional |

Nombre y Apellidos: _____		Núm. Estudiante: _____
Estado Civil: [] Soltero [] Casado [] Otro: _____	*Emancipado: [] Si [] No	Núm. Seguro Social: _____
Sexo: [] M [] F	Fecha de Nacimiento : _____ (día/mes/año)	Edad: _____
		Lugar de Nacimiento: _____ (pueblo/país)
Dirección Física: _____ _____		Dirección Postal: _____ _____
Teléfono: _____ Correo Electrónico Institucional: _____		
Nombre Padre: _____ Teléfono: _____		Nombre Madre: _____ Teléfono: _____
En Caso de Emergencia notificar a:		
Nombre: _____		Parentesco: _____ Teléfono: _____
Nombre: _____		Parentesco: _____ Teléfono: _____

PARTE B. CONDICIONES DE SALUD (PARA SER COMPLETA POR EL ESTUDIANTE)

Marque aquellas enfermedades o condiciones que presente o haya presentado. Escriba *N/A* si no aplica.

Acne	Enfermedades Respiratorias	Osteoporosis
Alteraciones Emocionales	Enfermedades de Transmisión Sexual	Otitis Media
Anemia	Enfermedad de Tiroides	Paperas
Artritis Reumatoidea	Epilepsia	Pneumonia
Catarros Frecuentes	Fiebre Escarlatina	Poliomielitis
Colesterol	Fiebre Reumática	Problemas Cardíacos
Covid-19	Hemofilia	Problemas Intestinales Crónicos
Defecto del Habla	Hepatitis	Problemas Ortopédicos
Defecto de Audición	Hipertension	Problemas Visuales
Dengue	Hipoglucemia	Sarampión
Dermatitis	Infecciones Garganta Frecuentes	Traumatismos Severos
Diabetes	Influenza	Tuberculosis/ Contacto con
Difteria	Malignidad	Úlceras
Enfermedades de la Piel	Mycoplasma	Varicelas
Enfermedad Psiquiátrica	Mononucleosis	Otro: _____
Enfermedad Renal	Obesidad	

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)

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO: MAYAGÜEZ
DEPARTAMENTO SERVICIOS MEDICOS

DECLARACION JURADA, PACIENTE MENOR DE 21 AÑOS

Nombre y Apellidos: _____	Núm. Estudiante: _____
Fecha de nacimiento (D/M/A): _____	Edad: ____ Teléfono: _____
Estado Civil: _____	Nombre y Apellido del Cónyuge: _____ <input type="checkbox"/> No Aplica
Información del padre, madre o tutor legal que cumplimenta el documento:	
Nombre y apellidos: _____	Teléfono: _____ Relación: _____

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO AMBULATORIO

Nombre del paciente

Nombre del padre, madre o tutor

Autorizamos al personal de los Departamentos u Oficinas de Servicios Médicos de los recintos de la Universidad de Puerto Rico, a que cuando la persona aquí designada como paciente acuda a solicitar servicios médicos se le realicen las evaluaciones, estudios diagnósticos, tratamientos médicos no urgentes y, en caso de emergencia médica, se le brinde el tratamiento médico que, a juicio clínico, sea necesario con el fin de preservar la salud o reducir riesgo o daño que pueda surgir, dentro de la práctica usual y prevaeciente de la medicina. Sabemos que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se nos ha ofrecido garantía sobre el resultado de los servicios de salud a recibir.

En caso de requerir servicios médicos fuera de los Departamentos u Oficinas de Servicios Médicos, se autoriza a que él/la paciente reciba las evaluaciones, estudios diagnósticos, servicios de emergencia y tratamientos no urgentes, según el estado de salud del paciente. En ello autorizamos que el paciente esté acompañado(a) por un representante de la institución universitaria.

Esta autorización será válida a partir de la firma y mientras el estudiante este cursando estudios en cualquiera de nuestros recintos.

Certifico, que he leído y entiendo este consentimiento para recibir servicios de salud, y que toda la información suministrada es la verdad y se provee voluntariamente.

Firma del Paciente

Firma del padre, madre o tutor

Fecha (día/mes/año)

Hora

*Requerido para pacientes menores de 21 años de edad, no emancipados. 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, la cual deberá estar apostillada de ser emitida fuera de Puerto Rico.

Affidavit Número: _____

Jurado y suscrito ante mí por _____ y _____, mayores de edad, vecinos de _____, y _____ (relación) del menor de referencia, y a quienes DOY FE de haber identificado mediante _____. En _____, hoy ____ de _____ de 20__.

SELLO Y FIRMA DEL NOTARIO

**UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO: MAYAGÜEZ
DEPARTAMENTO SERVICIOS MEDICOS**

CONSENTIMIENTO EVALUACION ESTUDIANTE MAYOR DE 21 AÑOS

Nombre y Apellidos: _____	Núm. Estudiante: _____
Fecha de nacimiento (D/M/A): _____	Edad: _____ Teléfono: _____

**CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y
TRATAMIENTO AMBULATORIO**

Autorizamos al personal de los Departamentos u Oficinas de Servicios Médicos de los recintos de la Universidad de Puerto Rico, a que cuando la persona aquí designada como paciente acuda a solicitar servicios médicos se le realicen las evaluaciones, estudios diagnósticos, tratamientos médicos no urgentes y, en caso de emergencia médica, se le brinde el tratamiento médico que, a juicio clínico, sea necesario con el fin de preservar la salud o reducir riesgo o daño que pueda surgir, dentro de la práctica usual y prevaleciente de la medicina. Sabemos que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que no se nos ha ofrecido garantía sobre el resultado de los servicios de salud a recibir.

En caso de requerir servicios médicos fuera de los Departamentos u Oficinas de Servicios Médicos, se autoriza a que él/la paciente reciba las evaluaciones, estudios diagnósticos, servicios de emergencia y tratamientos no urgentes, según el estado de salud del paciente. En ello autorizamos que el paciente esté acompañado(a) por un representante de la institución universitaria.

Esta autorización será válida a partir de la firma y mientras el estudiante este cursando estudios en cualquiera de nuestros recintos.

Certifico, que he leído y entiendo este consentimiento para recibir servicios de salud, y que toda la información suministrada es la verdad y se provee voluntariamente.

En _____, _____ hoy, ____ de _____ de 20____.
(Pueblo) (País)

Firma del Paciente

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO: MAYAGUEZ
DEPARTAMENTO SERVICIOS MEDICOS

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: _____

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO: MAYAGÜEZ
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MEDICOS

Formulario de Selección Seguro Médico Estudiantil (marque según le aplique)

Sección Académica: 1er semestre 2do semestre Verano

Nombre y apellidos _____

Número de estudiante _____

Favor marcar su selección:

1. Si, intereso acogerme al seguro médico estudiantil UPR
 Individual Familiar

Favor Seleccionar:

Opción A:

Opción B:

- Básico con Farmacia
 Básico, Farmacia, Dental
 Básico y Major Medical
 Básico, Farmacia, Dental y Major Medical

2. NO, intereso acogerme al seguro médico estudiantil UPR

Favor Seleccionar:

Tengo: Plan Médico Privado Plan Médico Reforma

Nombre de la compañía aseguradora: _____

Fecha de cubierta desde _____ 20__ hasta _____ 20__
M/ D/ A M/ D/ A

Certifico que mi plan médico será renovado NO será renovado

3. No Aplica... Soy estudiante de Mejoramiento Profesional o Certificación de Maestros y mi Plan Medico es _____.

Firma: _____

Fecha: _____ 20__

Basados en las Ordenes Administrativas de la UPR, todo estudiante matriculado en 3 créditos o más deberá estar cubierto por un plan médico vigente mientras está cursando estudios en la universidad. La UPR provee un plan médico estudiantil, que le será otorgado a todo estudiante que no presente evidencia confiable de tener un plan médico privado o reforma con cubierta vigente y que sea válido en P.R. De usted tener un plan médico privado o Reforma deberá presentar una certificación (en caso de la Reforma puede ser copia del MA-10) como evidencia confiable donde esté impresa la fecha de expiración. El no cumplir según lo solicitado, se le adjudicará el plan médico de la UPRM, este tiene un costo que verá reflejado en su factura de matrícula. Le recordamos que la exención de matrícula no cubre el pago del plan médico.

Para uso de personal autorizado DSM: _____