



- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Estudiante Nuevo Ingreso Procedente de Escuela Superior    | <input type="checkbox"/> Traslado dentro del Sistema UPR        |
| <input type="checkbox"/> Readmisión   | <input type="checkbox"/> Permiso Especial                       |
| <input type="checkbox"/> Transferencia Procedente de otra Institución Universitaria | <input type="checkbox"/> Mejoramiento Profesional               |
| <input type="checkbox"/> Estudiante Graduado  | <input type="checkbox"/> Estudiante Internacional / Intercambio |

**Historial Médico Parte A: Información Demográfica (PARA SER CUMPLIMENTADO POR EL ESTUDIANTE)**

Nombre y Apellidos: _____		Núm. Estudiante: _____	
Estado Civil: Soltero (a) ___ Casado(a) ___ Viudo(a) ___ Divorciado(a) ___		Núm. Seguro Social: _____	
Sexo: ___ M ___ F Prefiero no responder	Edad: _____	Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___	Lugar de nacimiento: _____
Nombre del padre: _____ Tel: _____ (favor escribir, aunque no viva con usted)		Nombre de la madre: _____ Tel: _____ (favor escribir, aunque no viva con usted)	
Su dirección física: _____		Su dirección postal: _____	
Tel. residencial ( ) _____ - _____		Tel. móvil ( ) _____ - _____	
<b>En caso de emergencia notificar a:</b> (debe identificar <b>dos</b> familiares mayores de edad y legalmente autorizados a tomar decisiones por usted)			
1. _____		Parentesco _____ Tel. ( ) _____ - _____	
2. _____		Parentesco _____ Tel. ( ) _____ - _____	
Emancipado: No ___ Si ___ (*presentar copia de la evidencia legal)			
Correo electrónico de la UPRM: _____		Correo Privado: _____	

**Parte B: Marque con una X aquellas enfermedades o condiciones que presente o haya presentado.**

<input type="checkbox"/>	Alteraciones Emocionales	<input type="checkbox"/>	Enfermedades Respiratorias	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	Otras:
<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de Transmisión Sexual	<input type="checkbox"/>	Otitis Media	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Artritis Reumatoidea	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de Tiroides	<input type="checkbox"/>	Paperas	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Cataros frecuentes	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Poliomielitis	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	Fiebre Escarlatina	<input type="checkbox"/>	Problemas Cardiacos	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Defecto del habla	<input type="checkbox"/>	Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/>	Problemas Intestinales Crónicos	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Defecto de audición	<input type="checkbox"/>	Hemofilia	<input type="checkbox"/>	Problemas Ortopédicos	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Sarampión	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Difteria	<input type="checkbox"/>	Hipoglucemia	<input type="checkbox"/>	Traumas Severos	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la Piel	<input type="checkbox"/>	Infecciones Garganta Frecuentes	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Enfermedad Psiquiátrica	<input type="checkbox"/>	Malignidad (Cáncer)	<input type="checkbox"/>	Ulceras	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/>	Mononucleosis	<input type="checkbox"/>	Varicelas	<input type="checkbox"/>	

Hospitalizaciones o Enfermedades en el último año: \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos o alimentos: \_\_\_\_\_

Otros problemas de salud: \_\_\_\_\_

Indicar tratamiento médico actual si alguno: \_\_\_\_\_

Cirugías o procedimientos: \_\_\_\_\_

\* 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.

\_\_\_\_\_  
 Fecha                                      **Firma del Estudiante**                                      Fecha                                      **Firma del padre o tutor legal**



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

**INFORMACIÓN PERSONAL, 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
<b>Información del padre, madre o tutor legal que cumplimenta el documento:</b>	
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 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 el/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 DE MAYAGUEZ  
DECANATO DE ESTUDIANTE  
**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS**



**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO  
ESTUDIANTES MAYORES DE 21 AÑOS**

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad (\_\_\_\_), \_\_\_\_\_,  
NOMBRE COMPLETO DEL ESTUDIANTE EDAD STATUS

y vecino (a) de \_\_\_\_\_, Puerto Rico, en mi carácter personal y como estudiante mayor de edad en plena capacidad física y mental de decidir, por la presente:

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 al mismo 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.

-----  
Para que así conste; firmo y autorizo hoy \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de  
202\_\_ en \_\_\_\_\_ Puerto Rico.

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Testigo (cualquier persona conocida)

XXX-XX-\_\_\_\_\_  
(4) Núm. Seg. Social del Estudiante

\_\_\_\_\_  
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. Sólo 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 sólo 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 qué 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 llevó 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 querella donde detalle lo sucedido a la dirección de nuestro departamento. Usted no será penalizado por presentar una querella.

*Otros usos de la información médica:* Cualquier otro uso o divulgación de información médica del paciente que no esté cubierta por medio de esta notificación, así como tampoco cubierta o regulada por leyes, reglas y reglamentos federales y estatales aplicables, deberá 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 no devolver.**



## 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 de Mayagüez  
Decanato de Estudiantes  
**Departamento de Servicios Médicos**

FECHA: 16 de enero de 2025

**ESTUDIANTES DEL RECINTO UNIVERSITARIO DE MAYAGÜEZ / 2025-26  
PLAN MÉDICO DE ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO**

El Departamento de Servicios Médicos de la Universidad de Puerto Rico Recinto Universitario de Mayagüez, provee servicios de salud primarios a bajo costo dirigidos con prioridad a todos los estudiantes matriculados en nuestro recinto. Sin embargo, con el propósito de velar por la salud de nuestros estudiantes y complementar los servicios de salud, la Universidad de Puerto Rico establece como Política Institucional que, todo estudiante matriculado en un curso de tres créditos o más deberá estar cubierto por un seguro médico vigente y validado en Puerto Rico.

Si usted está acogido a un seguro médico privado o de gobierno, válido en Puerto Rico, que esté vigente para el semestre en el cual cursará estudios y no desea acogerse al plan de la Universidad de Puerto Rico (Triple S), deberá completar la información según solicitada accediendo a: <https://portal.upr.edu>. Seleccione el Recinto de Mayagüez y entrando en el icono “Medical Documents” encontrará un tab que indica “Health Insurance”. Esta información será validada o rechazada (en caso de no cumplir) por un personal autorizado. Si está interesado en una de las cubiertas del plan médico (Triple S) que ofrece la UPRM, le adjuntamos una lista con los costos de las mismas para su referencia.

El usted no cumplir, todos los semestres, con la información actualizada de su plan médico privado y vigente, en el <https://portal.upr.edu>, se le asignará el plan médico contratado por la UPR (Triple S) en su cubierta básica. **Esto conlleva un cargo financiero que se reflejará en la factura de su matrícula.**

Cualquier cambio que usted desee hacer en su selección de plan médico deberá ser realizado antes de confirmar o pagar su matrícula. Por lo general se realizan cambios durante los días de ajuste a la matrícula, en la semana de orientación o antes del primer día de clases en agosto 2025.

**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 (787) 832-4040 extensión 3408 / 3416.

Cordialmente:

Sra. Edna E. Acevedo Castro  
Directora  
Departamento de Servicios Médicos

**Costos Seguro de Salud de Plan Médico contratado con la Universidad de Puerto Rico,  
Triple S Salud.**

Año Académico 2024-2025 \***Costos sujetos a cambio**\*

**Solo cubre Medicamentos Genericos con \$8.00 deducible**

<i>Cubre medicamento de genérico con \$8.00 de deducible.</i>		<i>Cubre medicamento de genérico con \$8.00 de deducible.</i>	
<b>Alternativa A Individual</b>		<b>Alternativa A FAMILIAR</b>	
Cubierta Básica con Farmacia	\$463.00	Cubierta Básica con Farmacia	\$1,032.00
Cubierta Básica con Farmacia y Mayor Medical	\$487.00	Cubierta Básica con Farmacia y Mayor Medical	\$1,088.00
Cubierta Básica con Farmacia y Dental	\$596.00	Cubierta Básica con Farmacia y Dental	\$1,264.00
Cubierta Básica con Farmacia, Dental y Mayor Medical	\$619.00	Cubierta Básica con Farmacia, Dental y Mayor Medical	\$1,320.00

<i>Cubre medicamento de marca y genérico con \$5.00 de deducible.</i>		<i>Cubre medicamento de marca y genérico con \$5.00 de deducible.</i>	
<b>Alternativa B Individual</b>		<b>Alternativa B FAMILIAR</b>	
Cubierta Básica con Farmacia	\$1,083.00	Cubierta Básica con Farmacia	\$2,271.00
Cubierta Básica con Farmacia y Mayor Medical	\$1,106.00	Cubierta Básica con Farmacia y Mayor Medical	\$2,327.00
Cubierta Básica con Farmacia y Dental	\$1,215.00	Cubierta Básica con Farmacia y Dental	\$2,503.00
Cubierta Básica con Farmacia, Dental y Mayor Medical	\$1,239.00	Cubierta Básica con Farmacia, Dental y Mayor Medical	\$2,559.00

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO  
RECINTO MAYAGUEZ  
DEPARTAMENTO SERVICIOS MEDICOS

**LISTADO DOCUMENTOS A ENTREGAR, SEGÚN CLASIFICACION POR portal.upr.edu**

(Certificación #24-25-087, Junta Administrativa RUM, 9 de diciembre de 2024)

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

- Historial Médico
- Prueba 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) o Consentimiento Evaluación (mayores de 21 años)
- Notificación Política de Privacidad (Ley Hipaa)
- Foto 2 x 2

**2. Estudiantes Estudios Graduados**

**A. Provenientes de otra universidad o sin estudiar en semestre previo a la admisión a escuela graduada**

- Historial Médico
- Prueba Tuberculina y/o Placa de Pecho (menos de un año)
- Certificado de Vacunas al día o Vacuna TD al día. Evidencia de Vacunas Covid-19
- Declaración Jurada Notariada (menores de 21 años) o Consentimiento Evaluación (mayores de 21 años)
- Notificación Política de Privacidad (Ley Hipaa)
- Foto 2 x 2

**B. Graduados del RUM en semestre anterior a la admisión**

- Refuerzo Vacuna TD, si tiene más de 10 años. Evidencia de Vacunas Covid-19
- Declaración Jurada Notariada (menores de 21 años) o Consentimiento Evaluación (mayores de 21 años)
- Notificación Política de Privacidad (Ley Hipaa)
- Foto 2 x 2

**3. Estudiantes Internacionales e Intercambio**

- Historial Médico
- Examen Médico
- Prueba Tuberculina y/o Placa de Pecho (menos de un año)
- VDRL (Serología) (menos de seis meses)
- Prueba Sangre Hepatitis B (menos de seis meses)
- Certificado de Vacunas al día o Vacuna TD al día. Evidencia de Vacunas Covid-19
- Declaración Jurada Notariada (menores de 21 años) o Consentimiento Evaluación (mayores de 21 años)
- Notificación Política de Privacidad (Ley Hipaa)
- Foto 2 x 2

**4. 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) o Consentimiento Evaluación (mayores 21 años)
- Notificación Política Privacidad (Ley Hipaa)
- Foto 2 x 2

**5. 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) o Consentimiento Evaluación (mayores 21 años)
- Notificación Política Privacidad (Ley Hipaa)
- Selección de Seguro Médico en pantalla "Health Insurance", o complete Formulario de Selección de Seguro

\*Esta clasificación **NO** permite acogerse al Plan Médico Estudiantil

- Foto 2 x 2

**PLANES MEDICOS: Completar pestaña (tab) de "HEALTH INSURANCE", según aplique.**