



Estudios Graduados, Readmisión, Traslado Sistema UPR, Transferencias de otras Universidades, Estudiantes Internacionales, Intercambio, Permiso Especial y Mejoramiento Profesional, / AGOSTO 2026

4 de enero de 2026.

Estimado Estudiante:

Bienvenido al *antes, ahora y siempre COLEGIO*. Una vez admitido a la UPRM, deberá cumplir con la **Certificación 23-24-145** emitida por la Junta Administrativa de la Universidad de la UPR. La misma establece que es obligatorio entregar una serie de documentos al Departamento de Servicios Médicos. El no cumplir con lo antes indicado afectará los procesos e impedirá que usted pueda acceder y pagar su matrícula a tiempo.

Es importante que, según su clasificación de admisión, identifique cuales son los documentos que le aplican a usted.

Los documentos, deben estar completados en todas sus partes (si algo no le aplica escriba N/A), asegúrese identificarlos con su nombre, dos apellidos y el número de estudiante que le fue asignado. Luego, deberá subirlos al portal de la UPR (<https://portal.upr.edu>) en el icono "Medical Documents" en formato pdf según el orden allí estipulado y de forma individual. ***La fecha límite para subir los documentos en la plataforma es el viernes, 5 de junio de 2026.***

Al acceder a la plataforma, deberá en primer lugar, completar la información sobre el plan médico. Si usted tiene un plan médico privado o de gobierno (vigente) y no interesarse acogerse a las alternativas del plan que ofrece la UPRM, deberá someter la información de su plan según le aplique. Se actualiza la información del plan médico todos los semestres previos a pagar su factura de matrícula. Luego de completar la información de su selección de plan médico, el portal le permitirá, en su 2da pestaña, acceder a la entrega de los documentos requeridos.

No se aceptan documentos por ningún correo electrónico. En caso de no poder acceder al portal, puede traerlos de forma presencial, depositarlos en la urna localizada en las oficinas de la Guardia Universitaria (abierto 24/7) o enviarlos por correo postal.

Además, los siguientes tres (3) documentos originales, una vez sometidos por el portal, deben ser entregados personalmente o enviados por correo postal al Departamento de Servicios Médicos.

1. Certificación de vacunas Original (PVAC -3)
2. Copia de sus vacunas de COVID 19 o del Formulario de Exención a Vacunar, expedido por el Departamento de Salud de P.R.
3. Declaración Jurada Original Notariada (menores de 21 años) o el Consentimiento para Evaluación y Tratamiento Médico (mayores de 21 años)

Dirección: **Universidad de Puerto Rico Recinto de Mayagüez,**
Departamento de Servicios Médicos
Call Box 9000
Mayagüez P. R. 00681- 9000.

Para mayor información puede acceder a <https://www.uprm.edu/serviciosmedicos/> o llamar al (787) 832-4040, ext. 3408 / 3416 (L-V de 8:00am -4:00pm).

Sin nada más al particular y deseándole el mayor éxito en su carrera universitaria

Cordialmente,


Sra. Edna E. Acevedo Castro
Directora Interina DSM UPRM

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO
RECINTO MAYAGUEZ
DEPARTAMENTO SERVICIOS MEDICOS

**LISTADO DOCUMENTOS A ENTREGAR
ESTUDIANTES MEJORAMIENTO PROFESIONAL
O CERTIFICACION DE MAESTROS
POR portal.upr.edu**

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

PESTAÑA "DOCUMENTS"

- _____ Historial Médico
- _____ Evidencia Vacuna TD (no más de 10 años de administrada) y Covid -19
*Entregar **sólo** si las clases son presenciales
- _____ Declaración Jurada Notariada (menores de 21 años) o,
Consentimiento de Evaluación (mayores de 21 años)
- _____ Notificación Política de Privacidad (Ley HIPAA)
- _____ Foto 2 x 2

PESTAÑA "HEALTH INSURANCE"

Nota: Esta clasificación de estudiante **NO** permite el acogerse a alguna de las cubiertas del Plan Médico Estudiantil Triple S, por lo que debe de completar esta parte con la información de su plan médico actual.

Escoger entre lo siguiente:

Tipo de Plan: Privado
Reforma de Gobierno
Nombre del Plan: Escoja del Listado
Número de Contrato:
Fecha de Expiración: Mes/Dia/Año

- Departamento de Servicios Médicos, Recinto Universitario de Mayagüez/UPR - <https://www.uprm.edu/serviciosmedicos>



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: _____ ☐ 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 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 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: Si 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:

SELECCIÓN DE SEGURO MÉDICO

Nombre:

Número de Estudiante:

Favor seleccionar la alternativa que aplique a usted

Alternativa I - Seleccione, complete y firme según aplique.

-  **Estoy cubierto por un seguro médico privado o de gobierno, por lo que NO intereso acogerme al seguro médico de la UPR. Entrego carta o certificación del Plan Médico que poseo como evidencia de la cubierta y fecha de expiración vigente.**

Seleccione una: ☐ PRIVADO ☐ GOBIERNO

Nombre Compañía Aseguradora: _____

Fecha de cubierta desde: _____ Hasta _____
 día/mes/año día/mes/año

Todo plan tiene una fecha de expiración o de inicio de contrato, por lo que debe escribir la misma incluyendo día, mes y año. Si su plan vence durante el semestre de estudio, favor marcar lo siguiente:

Expectativas de ser renovado _____ Expectativas de no ser renovado

Firma del Estudiante:

Firma del Padre o Tutor Legal:
(menores de 21 años)

Mes/ Día/ Año 202

Alternativa II – Seleccione, complete y firme

- ## Intereso el Seguro Médico Estudiantil de la Universidad de Puerto Rico:

Seleccione una: ☐ INDIVIDUAL ☐ FAMILIAR

Nota: Vea costos al final de esta página.

SELECCIONE LA ALTERNATIVA DESEADA:

- ☐ Alternativa A (Medicamentos Genéricos) ☐ Alternativa B (Medicamentos de Marcas)

SELECCIONE TIPO DE CUBIERTA DESEADA:

- ☐ Básico con Farmacia ☐ Básico, Farmacia y Mayor Medical
- ☐ Básico, Farmacia y Dental ☐ Básico, Farmacia, Dental y Mayor Medical

Firma del Estudiante

Firma del Padre o Tutor Legal
(en caso de ser menor de 21 años)

_____ 202_____
Mes / Día / Año