Universidad de Puerto Rico
*RECINTO UNIVERSITARIO DE MAYAGÜEZ*
Decanato de Estudiantes
CALL BOX 9000
MAYAGÜEZ PUERTO RICO 00681-9000
Tel. (787) 832-4040 - Ext. 3405

*DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS*

University of Puerto Rico
*MAYAGÜEZ CAMPUS*
Office of the Dean of Students
CALL BOX 9000
MAYAGÜEZ PUERTO RICO 00681-9000
Tel. (787) 832-4040 - Ext. 3405

*HEALTH SERVICES DEPARTMENT*

6 de noviembre de 2026.

**ESTUDIANTES DE NUEVO INGRESO/ ESCUELA GRADUADA/ READMISION/ TRASLADO DEL SISTEMA UPR/ TRANSFERENCIAS DE OTRA INSTITUCION/ INTERNACIONALES E INTERCAMBIO/ PERMISO ESPECIAL/ MEJORAMIENTO PROFESIONAL, ADMITIDOS PARA ENERO 2027**

Bienvenidos al *antes, ahora y siempre* ***COLEGIO.*** En cumplimiento a la **Certificación 23-24-145** emitida por la Junta Administrativa de la Universidad de la UPR, usted debe entregar una serie de documentos al Departamento de Servicios Médicos previo a su proceso de matrícula. El no cumplir con este requerimiento afectará los procesos e impedirá que usted pueda acceder y pagar su matrícula a tiempo.

Le estamos adjuntando los documentos requeridos en este comunicado. Estos deben ser completados en todas sus partes, identifíquelos con su nombre completo y su número de estudiante que le fue asignado por la institución al momento de ser admitido. Luego deberá subirlos en el orden indicado y en formato pdf al portal de la UPR (https://portal.upr.edu) en el icono "Medical Documents". ***La fecha límite para subir los documentos en la plataforma es el lunes, 16 de noviembre de 2026***

Al acceder a la plataforma deberá: en primer lugar, completar la información sobre su selección de plan médico. *Si usted tiene un plan médico privado o de gobierno (vigente para enero 2027) y no interesa acogerse a las alternativas del plan que ofrece la UPRM, deberá someter la información de su plan según solicitado en la primera pestaña de la plataforma.* 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.

Debe actualizar la información del plan médico todos los semestres previos a pagar su factura de matrícula.

Basados en ley, no se aceptan documentos por ningún correo electrónico, sin embargo, de usted no poder acceder al portal puede traerlos de forma presencial al Departamento de Servicios Médicos, depositarlos en la urna localizada en las oficinas de la Guardia Universitaria (abierto 24/7) o enviarlos por correo postal. Le recomendamos que mantenga copia de todos los documentos sometidos.

*Servicios Médicos, Cuidando Tu Salud... Siempre*

De todos los documentos que debe entregar, los siguientes tres (3) se requieren en original además de haberlos subidos a la plataforma:

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

**Estos documentos deben ser entregados personalmente o enviados por correo postal al Departamento de Servicios Médicos.**

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

Queremos informarle que ante la escasez de las pruebas de tuberculina existente en Puerto Rico y basados en la ***Orden Administrativa 2026-654***, emitida por el Secretario de Salud de Puerto Rico, Dr. Víctor M. Ramos Otero, el pasado 7 de octubre de 2026, estaremos exonerando este requerimiento de forma temporera a todos nuestros estudiantes admitidos en enero de 2027. Más adelante, estaremos en comunicación con usted, donde recibirá instrucciones específicas para poder cumplir con lo requerido.

Para mayor información puede acceder a https://www.uprm.edu/serviciosmédicos/ 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, quedamos a sus órdenes.

Cordialmente,

Sra. Edna E. Acevedo Castro
Directora Interina

*El Departamento de Servicios Médicos, Cuidando tu Salud... SIEMPRE*

## *HOJA DE COTEJO ENTREGA DE DOCUMENTOS ENERO 2027*

### *I. ESTUDIANTE NUEVO INGRESO*

- HISTORIAL MEDICO
- PRUEBA DE TUBERCULINA Y/O PLACA DE PECHO (Menos de 1 año) *
- CERTIFICADO DE VACUNAS P-VAC-3 ORIGINAL (Al día)
- DECLARACION JURADA / CONSENTIMIENTO DE EVALUACION
- AVISO DE PRIVACIDAD (Ley HIPAA)
- FOTO 2x2

### *II. ESTUDIANTE READMISION, TRASLADO Y TRANSFERENCIA*

- HISTORIAL MEDICO
- PRUEBA DE TUBERCULINA Y/O PLACA DE PECHO (Menos de 1 año) *
- CERTIFICADO DE VACUNAS P-VAC-3 ORIGINAL (Al día)
- DECLARACION JURADA / CONSENTIMIENTO DE EVALUACION
- AVISO DE PRIVACIDAD (Ley HIPAA)
- FOTO 2x2

### *III. ESTUDIANTES ESTUDIOS GRADUADOS*

**A. Proveniente de otra Universidad o sin estudiar en semestre previo a la admisión a Escuela Graduada**

- HISTORIAL MEDICO
- PRUEBA DE TUBERCULINA Y/O PLACA DE PECHO (Menos de 1 año) *
- CERTIFICADO DE VACUNAS AL DIA, O VACUNA TD AL DIA
- DECLARACION JURADA / CONSENTIMIENTO DE EVALUACION
- AVISO DE PRIVACIDAD (Ley HIPAA)
- FOTO 2x2

**B. Graduado del RUM en el semestre anterior a la admisión**

- VACUNA TD AL DIA
- DECLARACION JURADA / CONSENTIMIENTO DE EVALUACION
- AVISO DE PRIVACIDAD (Ley HIPAA)

### *IV. ESTUDIANTE INTERNACIONAL E INTERCAMBIO*

- HISTORIAL MEDICO
- EXAMEN MEDICO
- PRUEBA DE TUBERCULINA Y/O PLACA DE PECHO (Menos de 1 año)
- VDRL (Serología) (Menos de seis meses)
- PRUEBA SANGRE HEPATITIS B (Menos de seis meses)
- CERTIFICADO DE VACUNAS (Al día)
- DECLARACION JURADA / CONSENTIMIENTO DE EVALUACION
- AVISO DE PRIVACIDAD (Ley HIPAA)
- FOTO 2x2

### *V. ESTUDIANTE PERMISO ESPECIAL Y TRANSEUNTE*

- HISTORIAL MEDICO
- CERTIFICADO DE VACUNAS (Copia de original)
- DECLARACION JURADA / CONSENTIMIENTO DE EVALUACION
- AVISO DE PRIVACIDAD
- FOTO 2x2

### *VI. ESTUDIANTE MEJORAMIENTO PROFESIONAL Y CERTIFICACION DE MAESTROS*

- HISTORIAL MEDICO
- DECLARACION JURADA / CONSENTIMIENTO DE EVALUACION
- AVISO DE PRIVACIDAD
- FOTO 2x2

***NOTA IMPORTANTE: Debido a la escasez de material para realizar las Pruebas de Tuberculina en Puerto Rico, se le otorgará una prórroga para la entrega de este resultado a todo estudiante que tenga problemas en realizarse la misma. Esto es solamente para la matrícula de ENERO 2027 y para estudiantes residentes de PR.***

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

1 foto
2x2

( ) Estudiante Nuevo Ingreso Procedente de Escuela Superior
( ) Readmisión
( ) Transferencia Procedente de otra Institución Universitaria
( ) Estudiante Graduado
( ) Traslado dentro del Sistema UPR
( ) Permiso Especial
( ) Mejoramiento Profesional
( ) 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: _____ día mes año |
| 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 ( )_____-_____ |
| **En caso de emergencia notificar a**: (debe identificar **dos** familiares mayores de edad y legalmente autorizados a tomar decisiones por usted)<br>1. _____Parentesco_____Tel. ( )_____-_____<br>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.

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

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: _____ ☐ 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 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.**

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

## 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:** _____