



**CONTINUACIÓN PARTE A**  
(para ser llenado por el estudiante)

Marque aquellas enfermedades o condiciones que presente o haya presentado

|                                |                                 |                         |                                 |
|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------------------|
| Varicelas                      | Sinusitis                       | Problemas Cardíacos     | Problemas Intestinales Crónicos |
| Sarampión                      | Infecciones Garganta Frecuentes | Hipertensión            | Hepatitis                       |
| Común                          | Tonsilitis                      | Colesterol alto         | Enfermedad Renal                |
| Alemán                         | Mononucleosis                   | Diabetes                | Epilepsia                       |
| Poliomielitis                  | Asma Bronquial                  | Hipoglucemia            | Alteraciones Emocionales        |
| Paperas                        | Anemia                          | Enfermedad de Tiroide   | Enfermedad Psiquiátrica         |
| Difteria                       | Hemofilia                       | Enfermedades de la Piel | Traumatismos Severos            |
| Fiebre Escarlatina             | Bronquitis                      | Eczema                  | Problemas Ortopédicos           |
| Catarros Frecuentes            | Pulmonía                        | Ulceras                 | Defecto del Habla               |
| Otitis Media                   | Tuberculosis                    | Artritis Reumatoidea    | Malignidad                      |
| Defecto Secundario de Audición | Fiebre Reumática                | Osteoartritis           | Operaciones                     |

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

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

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

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

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del estudiante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma del padre, madre o tutor legal \_\_\_\_\_

**Parte B - EXAMEN FÍSICO**

(Para ser llenado por el médico examinador)

Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Presión \_\_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_\_ Agudeza Visual: O. Der. \_\_\_\_\_ O. Izq \_\_\_\_\_ Audición \_\_\_\_\_

Marque según la columna. Ponga N. E. si no es evaluado

| Evaluación Clínica por sistema               | Normal |                  | Comentarios         |
|--|--------|------------------|---------------------|
|  | Si     | No               |                     |
| Piel   |        |                  |                     |
| Oídos, nariz y garganta                      |        |                  |                     |
| Cardiovascular                               |        |                  |                     |
| Respiratorio                                 |        |                  |                     |
| Gastrointestinal                             |        |                  |                     |
| Urogenital                                   |        |                  |                     |
| Músculoesqueletal                            |        |                  |                     |
| Neurológico                                  |        |                  |                     |
| Serología                                    |        | Fecha realizada: | Resultado:          |
| Tuberculina, de ser positiva, Placa de Pecho |        | Fecha adm.       | Fecha de lectura:   |
| Placa de Pecho (si aplica)                   |        | Fecha:           | Fecha de resultado: |

**RESUMEN DE HALLAZGOS EN HISTORIAL, EXAMEN FISICO Y LABORATORIOS REQUERIDOS**

| PREGUNTAS  | Normal |    | Comente su contestación afirmativa |
|--|--------|----|------------------------------------|
|  | Si     | No |                                    |
| ¿Tiene el estudiante un problema de salud significativo o incapacitante?   |        |    |                                    |
| ¿Está en tratamiento por alguna condición de salud física o mental?  |        |    |                                    |
| ¿Existe alguna contraindicación para la participación en actividades atléticas que requieran esfuerzo físico?          |        |    |                                    |
| ¿Existe alguna recomendación especial para el manejo de los problemas de salud del estudiante en su estadía en la UPR? |        |    |                                    |

Fecha del Examen \_\_\_\_\_

Nombre del Médico \_\_\_\_\_

Firma del Médico \_\_\_\_\_

Número de Licencia \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_