



Universidad de Puerto Rico Recinto de Cayey  
Decanato de Estudiantes  
Oficina de Servicios Médicos

**FORMULARIO MÉDICO**

- |  |                  |
|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> Readmisión                        | Sesión Académica |
| <input type="checkbox"/> Admisión                          | Agosto 20_____   |
| o Estudiante procedente de Escuela Superior                | Enero 20 _____   |
| o Estudiante procedente de otra institución universitaria  | Verano 20 _____  |
| <input type="checkbox"/> Traslado (dentro del sistema UPR) |                  |

**PARTE A: FORMULARIO MÉDICO (PARA SER CUMPLIMENTADO POR EL ESTUDIANTE)**

Para ser llenado por el estudiante. Entregar al Departamento de Servicios Médicos. La información solicitada será para uso exclusivo del Departamento de Servicios Médicos.

Nombre: _____		Núm Estudiante: _____	
Estado Civil: Soltero(a) ___ Casado(a) ___ Viudo(a) ___ Divorciado(a) ___ Seguro Social: _____			
Sexo: M ___ F ___	Edad: _____ Fecha de nacimiento ___/___/___ Lugar de Nacimiento: _____ día mes año		
Nombre del Padre: _____		Nombre de la madre: _____	
Dirección física: _____		Dirección postal: _____	
Tel. residencial (    ) _____ - _____		Tel. móvil (    ) _____ - _____	
En caso de emergencia notificar a:			
_____ Parentesco _____		Tel. (    ) _____ - _____	
_____ Parentesco _____		Tel. (    ) _____ - _____	
Emancipado: No ___ Si _____ (presentar evidencia original o copia certificada)			
Correo electrónico: _____		Cel estudiante: _____	

Marque aquellas enfermedades o condiciones que presente o haya presentado. De no aplicar escribir N/A.

<input type="checkbox"/>	Varicelas	<input type="checkbox"/>	Sinusitis	<input type="checkbox"/>	Problemas Cardiacos	<input type="checkbox"/>	Hipertensión
<input type="checkbox"/>	Defectos Secundario de Audición	<input type="checkbox"/>	Infecciones Garganta Frecuentes	<input type="checkbox"/>	Problemas Intestinales Crónicos	<input type="checkbox"/>	Alteraciones Emocionales
<input type="checkbox"/>	Sarampión Común	<input type="checkbox"/>	Tonsilitis	<input type="checkbox"/>	Colesterol Alto	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Renal
<input type="checkbox"/>	Sarampión Alemán	<input type="checkbox"/>	Mononucleosis	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Epilepsia
<input type="checkbox"/>	Poliomielitis	<input type="checkbox"/>	Asma Bronquial	<input type="checkbox"/>	Hipoglucemia	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Psiquiátrica
<input type="checkbox"/>	Paperas	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Tiroides
<input type="checkbox"/>	Difteria	<input type="checkbox"/>	Hemofilia	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de la Piel	<input type="checkbox"/>	Traumatismo Severo
<input type="checkbox"/>	Fiebre escarlatina	<input type="checkbox"/>	Bronquitis	<input type="checkbox"/>	Eczema	<input type="checkbox"/>	Problemas Ortopédicos
<input type="checkbox"/>	Catarros Frecuentes	<input type="checkbox"/>	Pulmonía	<input type="checkbox"/>	Ulceras	<input type="checkbox"/>	Defecto del Habla
<input type="checkbox"/>	Otitis Media	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	Artritis Reumatoidea	<input type="checkbox"/>	Malignidad

Hospitalizaciones o Enfermedades 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 o tutor legal



Universidad de Puerto Rico Recinto de Cayey  
Decanato de Estudiantes  
Oficina de Servicios Médicos

PARTE B: FORMULARIO MÉDICO PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO EXAMINADOR.

**Requisitos importantes que deben ser incluidos con este examen físico:**

1. Resultados de la Prueba de Tuberculina o Placa de pecho (la placa se requiere solo a quienes muestran una prueba de tuberculina positiva). Estudiantes atletas se le requiere ambas.
2. Resultados de exámenes de sangre para Sífilis (serología) VDRL.
3. Resultados de CBC y diferencial
4. P-Vac-3 Actualizado

Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Presión: \_\_\_\_\_ Audición: \_\_\_\_\_ Agudeza Visual: Ojo Derecho \_\_\_\_\_ Ojo Izquierdo \_\_\_\_\_

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

Evaluación Clínica	Normal		Comentarios
	Sí	No	
Piel			
Oídos, nariz y garganta			
Cardiovascular			
Respiratorio			
Gastrointestinal			
Urogenital			
Músculoesquelético			
Neurológico			

**Resultados de los laboratorios:**

*Debe incluir hojas de reporte de los laboratorios.*

Serología	Fecha de realizada	Resultado	
Tuberculina*	Fecha de administrada	Fecha de lectura	Resultado
Placa de pecho	Fecha de realizada	Resultado	
CBC y diferencial	Fecha de realizado	Resultado	

*\*Nota: De ser positiva la prueba de tuberculina se requerirá la lectura de placa de pecho.*

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

<b>Preguntas</b>	Si	No	<b>Comente su contestación afirmativa</b>
¿Tiene el estudiante un problema de salud significante 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

\_\_\_\_\_  
Licencia

\_\_\_\_\_  
Teléfono