



HISTORIAL MÉDICO

PARTE A. INFORMACIÓN PERSONAL (PARA SER COMPLETADA POR EL ESTUDIANTE)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nuevo Ingreso – Estudiante 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 – Estudiante procedente de otra institución universitaria | <input type="checkbox"/> Mejoramiento Profesional |
| | <input type="checkbox"/> Estudiante Graduado |
| | <input type="checkbox"/> Estudiante Internacional |

Nombre: _____		Número de estudiante: _____		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a)			*Emancipado: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Fecha de nacimiento: _____ (día/mes/año)		Edad: _____		Lugar de nacimiento: _____ (pueblo/nación)	
Dirección Física: _____			Dirección Postal: _____		
Teléfono: _____		Correo Electrónico Institucional: _____			
Nombre del padre: _____			Nombre de la madre: _____		
Teléfono del padre: _____			Teléfono de la madre: _____		
En caso de emergencia notificar a: _____		Parentesco: _____		Teléfono: _____	
En caso de emergencia notificar a: _____		Parentesco: _____		Teléfono: _____	

PARTE B. CONDICIONES DE SALUD (PARA SER COMPLETADA POR USTED)

Marque 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"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de Transmisión Sexual	<input type="checkbox"/>	Otitis Media
<input type="checkbox"/>	Artritis Reumatoidea	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Tiroides	<input type="checkbox"/>	Paperas
<input type="checkbox"/>	Catarros Frecuentes	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Poliomielitis
<input type="checkbox"/>	Colesterol	<input type="checkbox"/>	Fiebre Escarlatina	<input type="checkbox"/>	Problemas Cardíacos
<input type="checkbox"/>	Defecto del Habla	<input type="checkbox"/>	Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/>	Problemas Intestinales Crónicos
<input type="checkbox"/>	Defecto de Audición	<input type="checkbox"/>	Hemofilia	<input type="checkbox"/>	Problemas Ortopédicos
<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Sarampión
<input type="checkbox"/>	Difteria	<input type="checkbox"/>	Hipoglucemia	<input type="checkbox"/>	Traumatismos Severos
<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la Piel	<input type="checkbox"/>	Infecciones Garganta Frecuentes	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis
<input type="checkbox"/>	Enfermedad Psiquiátrica	<input type="checkbox"/>	Malignidad	<input type="checkbox"/>	Úlceras
<input type="checkbox"/>	Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/>	Mononucleosis	<input type="checkbox"/>	Varicelas

Otros problemas de salud:
Indique tratamiento actual, si alguno:
Cirugías o procedimiento (operaciones):
Alergias a medicamentos o alimentos:
Hospitalizaciones o Enfermedades en el último año:

*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.

Firma del estudiante

Firma Tutor o Encargado (en menores de 21 años)

Fecha (día/mes/año)

