



### HISTORIAL MÉDICO

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

- Nuevo Ingreso – Estudiante procedente de Escuela Superior
- Readmisión
- Transferencia – Estudiante procedente de otra institución universitaria
- Permiso Especial
- Mejoramiento Profesional
- Estudiante Graduado
- Estudiante Internacional
- Traslado dentro del Sistema UPR

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

#### 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 Cardiacos
<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

**Favor de contestar las siguientes preguntas:**

**Si es afirmativo, brindar detalles y si es negativo favor escribir No o Ninguno**

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)

