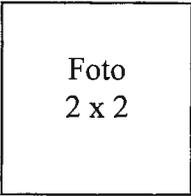


**UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO  
RECINTO UNIVERSITARIO DE MAYAGUEZ  
DECANATO DE ESTUDIANTE  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MEDICOS**



**EVALUACION DE SALUD**

**NOTA: SOLO PARA PARTICIPANTES/ESTUDIANTES MENORES DE 21 AÑOS. ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACION MÉDICA CONFIDENCIAL Y DEBE SER PROTEGIDO Y MANEJADO POR PROFESIONAL AUTORIZADO.**

**Parte I (Debe ser cumplimentada por los padres o persona encargada) (Favor usar tinta negra y letra de molde)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Grupo/Campamento/Departamento \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo F \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_  
 Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_  
 Dirección Permanente \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Tel. Residencial (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tel. Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Persona a llamar en caso de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono de Emergencia (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Médico o Pediatra \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Plan Médico \_\_\_\_\_ Fecha de Expiración \_\_\_\_\_  
 (Incluir copia de la Tarjeta del Plan Médico)

EN CASO DE EMERGENCIA O ACCIDENTE DOY MI AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO AL PERSONAL MEDICO DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS DEL RECINTO UNIVERSITARIO DE MAYAGÜEZ A OFRECER A MI HIJO/A SERVICIO DE EMERGENCIA, O A TRANSFERIR O SER REFERIDO/A DE SER NECESARIO A UNA FACILIDAD HOSPITALARIA DEBIDAMENTE ACREDITADA POR EL DEPARTAMENTO DE SALUD.

\_\_\_\_\_  
 Fecha Firma del padre/madre o encargado(a)

**Parte II Información Médica (para ser cumplimentada por el médico)**

Peso \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Presión arterial \_\_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_\_

	SI	NO
1. ¿Existe alguna condición de la que se pueda esperar emergencia, como diabetes, epilepsia, mareo, asma, etc?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Existe alguna condición emocional, mental, o física que requiera supervisión médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Están al día sus inmunizaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Hay alguna razón para sospechar problemas de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Hay alguna condición que limite: Actividades en el salón, Educación Física, Competencias atléticas deportivas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Hay alguna condición de visión, audición, lenguaje o movimiento para la que haya que hacer ajustes de acceso, horario, dieta o localización?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Alergia a:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**COMENTARIOS** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del Médico Teléfono  
 \_\_\_\_\_  
 Nombre del Médico No. de Licencia Fecha