

**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?		
2. ¿Existe alguna condición emocional, mental, o física que requiera supervisión médica?		
3. ¿Están al día sus Inmunizaciones?		
4. ¿Hay alguna razón para sospechar problemas de salud?		
5. ¿Hay alguna condición que limite: Actividades en el salón, Educación Física, Competencias atléticas deportivas?		
6. ¿Hay alguna condición de visión, audición, lenguaje o movimiento para la que haya que hacer ajustes de acceso, horario, dieta o localización?		
7. Alergia a:		

COMENTARIOS _____

Firma del Médico Teléfono

Nombre del Médico No. de Licencia Fecha