



FORMULARIO DE SERVICIOS MEDICOS

INSTRUCCIONES

El estudiante no podrá pagar su matrícula hasta tanto entregue el formulario médico con los documentos requeridos antes de la fecha límite de pago. Los documentos a entregar deben ser originales a menos que se especifique lo contrario.

Empleados de la Universidad de Puerto Rico autorizados a cursar estudios en nuestro sistema, bajo la reglamentación vigente no están obligados a hacerse un examen físico como requisito para cursar tales estudios. Deben cumplir con los demás requisitos de este formulario.

ESTUDIANTES DE NUEVO INGRESO, MEJORAMIENTO PROFESIONAL Y TRANSFERENCIAS

1. **Si es menor de 21 años, CERTIFICADO DE VACUNAS ORIGINAL.** Excepciones por condiciones de salud deberán venir acompañadas por un certificado médico. El certificado deberá indicar la razón específica y la posible duración de la condición o circunstancia que contraindique la inmunización. **Si es mayor de 21 años, CERTIFICACION DE VACUNA CONTRA EL TETANO.** Estudiantes que no se vacunan, deben traer un documento notariado especificando razones de no inmunización.
2. **RETRATO DE IDENTIFICACION 2x2.** Escriba su número de estudiante al dorso del retrato.
3. **LECTURA DE PLACA DE PECHO** firmada por un radiólogo **O RESULTADO PRUEBA DE TUBERCULINA** en mm firmada y con el número de licencia de la persona autorizada, con menos de un año de hecho a la fecha de la matrícula.
4. Resultado de examen de **SEROLOGIA (VDRL)** con menos de seis meses de hecho a la fecha de la matrícula.
5. **HISTORIAL MEDICO** y **EXAMEN FISICO** (adjunto) firmado por un médico y con su número de licencia con menos de seis meses de hecho a la fecha de la matrícula.
6. **DECLARACION JURADA** correspondiente a menor o mayor de edad firmada y notariada ante un abogado. La forma para la Declaración Jurada está incluida entre los documentos del Formulario de Servicios Médicos.
7. Si tiene plan médico, traer una **FOTOCOPIA DE SU TARJETA DE PLAN MEDICO**. Si su tarjeta no tiene fecha de expiración, deberá gestionar y traer una certificación de parte de la compañía aseguradora indicando la vigencia de su plan. En caso de que su plan sea Mi Salud, en lugar de la certificación puede traer copia de la MA-10.
8. Si no tiene plan médico, la Universidad de Puerto Rico en contrato con una firma aseguradora reconocida, provee a sus estudiantes un plan médico de libre selección a un costo moderado. El estudiante que al momento de su matrícula no cuente con un plan médico privado o Mi Salud debe acogerse a dicha póliza. La misma es efectiva comenzando el primer día de clases después de haber pagado la prima que corresponda al seguro seleccionado y termina el día antes del comienzo de la próxima sesión académica. Para acogerse al plan, favor cumplimentar el Registro de Información de Plan Médico (adjunto).
9. Cumplimentar el **REGISTRO DE INFORMACION DE PLAN MEDICO** (adjunto).
10. Leer la **POLITICA DE CONFIDENCIALIDAD PARA PACIENTES** y cumplimentar **CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**.

ESTUDIANTES DE PERMISO ESPECIAL

1. Si es su primer permiso y es **menor de 21 años**, puede solicitar en su recinto **COPIA DE SU CERTIFICADO DE VACUNAS ORIGINAL**, y **COPIA DE DECLARACION JURADA** con el sello de Servicios Médicos. De no conseguir esos documentos en su recinto, favor hacer las gestiones para obtenerlos por su cuenta. La forma para la Declaración Jurada está incluida entre los documentos del Formulario de Servicios Médicos. Excepciones por condiciones de salud deberán venir acompañadas por un certificado médico. El certificado deberá indicar la razón específica y la posible duración de la condición o circunstancia que contraindique la inmunización. Estudiantes que no se vacunan, deben traer un documento notariado especificando razones de no inmunización.

Si es su primer permiso y es **mayor de 21 años**, deberá solicitar en su recinto **CERTIFICACION DE VACUNA CONTRA EL TETANO** y **COPIA DE DECLARACION JURADA DE MAYOR DE EDAD**. De no conseguir esos documentos en su recinto, favor hacer las gestiones para obtenerlos por su cuenta. La forma para la Declaración Jurada está incluida entre los documentos del Formulario de Servicios Médicos. Excepciones por condiciones de salud deberán venir acompañadas por un certificado médico. El certificado deberá indicar la razón específica y la posible

duración de la condición o circunstancia que contraindique la inmunización. Estudiantes que no se vacunan, deben traer un documento notariado especificando razones de no inmunización.

2. **RETRATO DE IDENTIFICACION 2x2.** Escriba su número de estudiante al dorso del retrato.
3. Leer la **POLITICA DE CONFIDENCIALIDAD PARA PACIENTES** y cumplimentar **CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**.
4. Si tiene plan médico, traer una **FOTOCOPIA DE SU TARJETA DE PLAN MEDICO**. Si su tarjeta no tiene fecha de expiración, deberá gestionar y traer una certificación de parte de la compañía aseguradora indicando la vigencia de su plan. En caso de que su plan sea Mi Salud, en lugar de la certificación puede traer copia de la MA-10.

Si no tiene plan médico, la Universidad de Puerto Rico en contrato con una firma aseguradora reconocida, provee a sus estudiantes un plan médico de libre selección a un costo moderado. El estudiante que al momento de su matrícula no cuente con un plan médico privado o Mi Salud debe acogerse a dicha póliza. La misma es efectiva comenzando el primer día de clases después de haber pagado la prima que corresponda al seguro seleccionado y termina el día antes del comienzo de la próxima sesión académica. Para acogerse al plan, favor cumplimentar el Registro de Información de Plan Médico (adjunto).

5. Cumplimentar el **REGISTRO DE INFORMACION DE PLAN MEDICO** (adjunto).
6. Para permisos subsiguientes, favor pasar por la Oficina de Servicios Médicos con lo requerido de plan médico (renglones 4 y 5). Su expediente se cotejará por si es necesario actualizar algún documento adicional.

ESTUDIANTES DE READMISION

Estudiantes que han estudiado anteriormente en UPR-Carolina y lleven menos de un año fuera:

1. Deben pasar por Servicios Médicos con una fotocopia de su tarjeta de plan médico. Si su tarjeta no tiene fecha de expiración, deben traer una certificación de parte de la compañía aseguradora indicando la vigencia de su plan médico. En caso de que su plan sea Mi Salud, en lugar de la certificación, puede traer copia de la copia de la MA-10. Si no tiene plan médico, la Universidad de Puerto Rico en contrato con una firma aseguradora reconocida, provee a sus estudiantes un plan médico de libre selección a un costo moderado. El estudiante que al momento de su matrícula no cuente con un plan médico privado o Mi Salud debe acogerse a dicha póliza. La misma es efectiva comenzando el primer día de clases después de haber pagado la prima que corresponda al seguro seleccionado y termina el día antes del comienzo de la próxima sesión académica. Para acogerse al plan, favor cumplimentar el Registro de Información de Plan Médico (adjunto).
2. Cumplimentar el **REGISTRO DE INFORMACION DE PLAN MEDICO** (adjunto).
3. Cuando verifiquemos su expediente médico, se le informará si es necesario actualizar algún documento.

Estudiantes que hayan estudiado anteriormente en UPR-Carolina y llevan un año o más fuera

1. Se verificará en su expediente los requisitos de vacunación según su edad, la declaración jurada y la hoja de consentimiento del paciente por si hay que actualizar los mismos.
2. **RETRATO DE IDENTIFICACION 2x2.** Escriba su número de estudiante al dorso del retrato.
3. **LECTURA DE PLACA DE PECHO** firmada por un radiólogo **O RESULTADO PRUEBA DE TUBERCULINA** en mm firmada y con el número de licencia de la persona autorizada, con menos de un año de hecho a la fecha de la matrícula.
4. Resultado de examen de **SEROLOGIA (VDRL)** con menos de seis meses de hecho a la fecha de la matrícula.
5. **HISTORIAL MEDICO** y **EXAMEN FISICO** (adjunto) firmado por un médico y con su número de licencia con menos de seis meses de hecho a la fecha de la matrícula.
6. Si tiene plan médico, traer una **FOTOCOPIA DE SU TARJETA DE PLAN MEDICO**. Si su tarjeta no tiene fecha de expiración, deberá gestionar y traer una certificación de parte de la compañía aseguradora indicando la vigencia de su plan. En caso de que su plan sea Mi Salud, en lugar de la certificación puede traer copia de la MA-10.

Si no tiene plan médico, la Universidad de Puerto Rico en contrato con una firma aseguradora reconocida, provee a sus estudiantes un plan médico de libre selección a un costo moderado. El estudiante que al momento de su matrícula no cuente con un plan médico privado o Mi Salud debe acogerse a dicha póliza. La misma es efectiva comenzando el primer día de clases después de haber pagado la prima que corresponda al seguro seleccionado y termina el día antes del comienzo de la próxima sesión académica. Para acogerse al plan, favor cumplimentar el Registro de Información de Plan Médico (adjunto).

7. Cumplimentar el **REGISTRO DE INFORMACION DE PLAN MEDICO** (adjunto).

ESTUDIANTES DE TRASLADO

1. Si es **menor de 21 años**, puede solicitar en su recinto **COPIA DE SU CERTIFICADO DE VACUNAS ORIGINAL** y **COPIA DE DECLARACION JURADA** con el sello de Servicios Médicos. De no conseguir esos documentos en su recinto, favor hacer las gestiones para obtenerlos por su cuenta. La forma para la Declaración Jurada está incluida entre los documentos del Formulario de Servicios Médicos. Estudiantes que no se vacunan, deben traer un documento notariado especificando razones de no inmunización.

Si es **mayor de 21 años**, puede solicitar en su recinto **CERTIFICACION DE VACUNA CONTRA EL TETANO** y **COPIA DE DECLARACION JURADA DE MAYOR DE EDAD**. De no conseguir esos documentos en su recinto, favor hacer las gestiones para obtenerlos por su cuenta. La forma para la Declaración Jurada está incluida entre los documentos del Formulario de Servicios Médicos.

2. **RETRATO DE IDENTIFICACION 2x2**. Escriba su número de estudiante al dorso del retrato.
3. **LECTURA DE PLACA DE PECHO** firmada por un radiólogo **O PRUEBA DE TUBERCULINA** firmada y con el número de licencia de la persona autorizada, con menos de un año de hecho a la fecha de la matrícula.
4. Resultado de examen de **SEROLOGIA (VDRL)** con menos de seis meses de hecho a la fecha de la matrícula.
5. **HISTORIAL MEDICO** y **EXAMEN FISICO** (adjunto) firmado por un médico y con su número de licencia con menos de seis meses de hecho a la fecha de la matrícula.
6. Leer la **POLITICA DE CONFIDENCIALIDAD PARA PACIENTES** y cumplimentar **CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**.
7. Si tiene plan médico, traer una **FOTOCOPIA DE SU TARJETA DE PLAN MEDICO**. Si su tarjeta no tiene fecha de expiración, deberá gestionar y traer una certificación de parte de la compañía aseguradora indicando la vigencia de su plan médico. En caso de que su plan sea Mi Salud, favor traer **CERTIFICACION** de la compañía aseguradora indicando la vigencia de su plan médico o, en su lugar, copia de la MA-10 (cita de renovación).

Si no tiene plan médico, la Universidad de Puerto Rico en contrato con una firma aseguradora reconocida, provee a sus estudiantes un plan médico de libre selección a un costo moderado. El estudiante que al momento de su matrícula no cuente con un plan médico privado o Mi Salud debe acogerse a dicha póliza. La misma es efectiva comenzando el primer día de clases después de haber pagado la prima que corresponda al seguro seleccionado y termina el día antes del comienzo de la próxima sesión académica. Para acogerse al plan, favor cumplimentar el Registro de Información de Plan Médico (adjunto).

8. Cumplimentar el **REGISTRO DE INFORMACION DE PLAN MEDICO** (adjunto).

HISTORIAL MEDICO

PARTE A - (CONTINUACIÓN) INFORMACIÓN PERSONAL (PARA SER LLENADA POR EL ESTUDIANTE)

Sesión Académica:

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

- Primer Cuatrimestre
- Segundo Cuatrimestre
- Tercer Cuatrimestre
- Verano

Nombre: _____

Número de Estudiante: _____

Sexo: masculino Estado Civil: Soltero(a) Divorciado(a) Emancipado(a): Si
 femenino Casado(a) Viudo(a) No

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Lugar de Nacimiento: _____
(día/mes/año)

Correo electrónico: _____

Teléfono residencial: (____) _____ Teléfono celular: (____) _____

Dirección física: _____ Dirección postal: _____

Nombre del padre: _____ Nombre de la madre: _____

En caso de emergencia notificar a:

_____ parentesco: _____ Teléfono: (____) _____
_____ parentesco: _____ Teléfono: (____) _____

PARTE B - CONDICIONES DE SALUD (PARA SER LLENADA POR EL ESTUDIANTE)

Marque aquellas enfermedades o condiciones que presente o haya presentado

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alteraciones Emocionales | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Pulmonía |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides | <input type="checkbox"/> Infecciones Garganta Frecuentes | <input type="checkbox"/> Sarampión Alemán |
| <input type="checkbox"/> Artritis Reumatoidea | <input type="checkbox"/> Enfermedad Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Malaria | <input type="checkbox"/> Sarampión Común |
| <input type="checkbox"/> Asma Bronquial | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal | <input type="checkbox"/> Mononucleosis | <input type="checkbox"/> Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Enfermedades de la Piel | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Tonsilitis |
| <input type="checkbox"/> Catarros Frecuentes | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Otitis Media | <input type="checkbox"/> Traumatismos Severos |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Fiebre Escarlatina | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Defecto del Habla | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Poliomielitis | <input type="checkbox"/> Ulceras |
| <input type="checkbox"/> Defecto Secundario de Audición | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Problemas Cardíacos | <input type="checkbox"/> Varicelas |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Problemas Intestinales Crónicos | |
| <input type="checkbox"/> Difteria | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Problemas Ortopédicos | |

Hospitalizaciones o enfermedades en el último año:

Alergias a medicamentos o alimentos:

Operaciones:

Otros problemas de salud:

Indique tratamiento actual, si alguno:

Firma del estudiante

Fecha

Firma del padre, madre o tutor legal

Fecha

EXAMEN FÍSICO

(PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO EXAMINADOR)

Nombre del estudiante: _____

Sexo: masculino Edad: Peso: Estatura: Presión: /

Agudeza Visual: derecho izquierdo Audición: derecho izquierdo Pulso:

Evaluación Clínica por Sistema	Marque según evaluación:		Comentarios
	(Normal)	(No es evaluado)	
Piel	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no es evaluado	
Oídos, nariz, garganta	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no es evaluado	
Cardiovascular	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no es evaluado	
Respiratorio	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no es evaluado	
Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no es evaluado	
Urogenital	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no es evaluado	
Músculo-esquelético	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no es evaluado	
Neurológico	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no es evaluado	

Serología	Fecha realizada	Resultado
Tuberculina	Fecha administración	Resultado

CBC y Diferencial	Fecha realizada	Resultado
Placa de Pecho	Fecha realizada	Resultado

RESUMEN DE HALLAZGOS EN HISTORIAL EXAMEN FÍSICO Y LABORATORIOS REQUERIDOS

¿Tiene el estudiante un problema de salud significativo o incapacitante?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí (comente su contestación afirmativa)
¿Está en tratamiento por alguna condición de salud física o mental?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí (comente su contestación afirmativa)
¿Existe alguna contraindicación para la participación en actividades atléticas que requieran esfuerzo físico?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí (comente su contestación afirmativa)
¿Existe alguna recomendación especial para el manejo de los problemas de salud del estudiante en su estadía en la Universidad de Puerto Rico?	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí (comente su contestación afirmativa)

Nombre del Médico

Número de Licencia

Fecha

Firma del Médico

Teléfono



Universidad de Puerto Rico en Carolina
Decanato de Asuntos Estudiantiles
Oficina de Servicios Médicos

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA ESTUDIANTE MENOR DE 21 AÑOS

DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____, mayor de edad,
Nombre del padre, madre o encargado(a)
_____ y vecino(a) de _____, Puerto Rico, en mi carácter de
Status
_____ de _____
Relación con el estudiante Nombre del estudiante

por la presente:-----
Faculto al personal autorizado por el(la) Honorable Secretario(a) de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico en cualquier rama de la medicina y que preste sus servicios en los Departamentos u Oficinas de Servicios Médicos de los Recintos y Colegios de la Universidad de Puerto Rico a que le presten la atención médica que sea necesaria con el fin de preservar la salud o reducir el daño o incapacidad que pueda surgir a consecuencia de un accidente o una enfermedad mientras curse estudios o practique algún deporte en las facilidades del Recinto o Colegio o en cualquier otra facilidad no perteneciente a los mismos y que diagnostique, trate, opere o practique aquellas medidas terapéuticas correctivas que crean pertinentes y además administre los medicamentos y/o tratamientos que sean prescritos de conformidad con las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Autorizo a que sea referido a otros médicos y/o instituciones hospitalarias del área debidamente acreditadas por el Departamento de Salud, siguiendo las normas de privacidad establecidas. -----

En _____, Puerto Rico, hoy _____ de _____ de _____.
Día Mes Año

Firma del Padre o Encargado(a)

Firma del Estudiante

Número de Estudiante

AFFIDAVIT NÚMERO: _____

JURADO Y SUSCRITO ANTE MI por _____ de las circunstancias personales antes expresadas, e identificado por su pasaporte [] o licencia [] número _____, en _____, Puerto Rico, hoy _____ de _____ de _____.

SELLO Y FIRMA DEL NOTARIO



AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA

DECLARACIÓN JURADA

- Estudiante: 21 años o más
 Casado(a)
 Emancipado(a)

Yo, _____, _____
Nombre del estudiante Status

y vecino(a) de _____, Puerto Rico, por la presente: Faculto al personal autorizado por el(la) Honorable Secretario(a) de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico en cualquier rama de la medicina y que preste sus servicios en los Departamentos u Oficinas de Servicios Médicos de los Recintos y Colegios de la Universidad de Puerto Rico a que me presten la atención médica que sea necesaria con el fin de preservar la salud o reducir el daño o incapacidad que pueda surgir a consecuencia de un accidente o una enfermedad mientras curse estudios o practique algún deporte en las facilidades del Recinto o Colegio o en cualquier otra facilidad no perteneciente a los mismos y que diagnostique, trate, opere o practique aquellas medidas terapéuticas correctivas que crean pertinentes y además administre los medicamentos y/o tratamientos que sean prescritos de conformidad con las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Autorizo a ser referido a otros médicos y/o instituciones hospitalarias del área debidamente acreditadas por el Departamento de Salud, siguiendo las normas de privacidad establecidas. -----

En _____, Puerto Rico, hoy ____ de _____ de _____.

Firma del Estudiante

Número de Estudiante

AFFIDAVIT NÚMERO: _____

JURADO Y SUSCRITO ANTE MI por _____ de las circunstancias personales antes expresadas, y a quien doy fe de conocer personalmente en _____, Puerto Rico, hoy ____ de _____ de _____.

SELLO Y FIRMA DEL NOTARIO

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO EN CAROLINA
OFICINA DE SERVICIOS MEDICOS
REGISTRO INFORMACION PLAN MEDICO

A todo estudiante de la Universidad de Puerto Rico matriculado en tres (3) créditos o más se le requiere estar cubierto por un seguro médico. Para que un estudiante pueda ser relevado de inscribirse en el seguro médico para estudiantes, tiene que estar cubierto por otro seguro médico y deberá presentar la evidencia requerida del mismo a la Oficina de Servicios Médicos. Sólo constituirá evidencia aceptable copia de la tarjeta de identificación expedida por el plan médico y una certificación de cubierta en original. En lugar de la certificación, usuarios del plan Mi Salud pueden entregar copia de la forma MA-10 (cita de renovación). La exención de pago de matrícula no cubre el pago del seguro médico.

INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Apellido Paterno, Materno, Nombre e Inicial

Número de Estudiante

Año académico

Primer Cuatrimestre

Segundo Cuatrimestre

Tercer Cuatrimestre

Verano

SELECCION DE CUBIERTA SEGURO MEDICO ESTUDIANTIL UPR

(En esta sección, los que no tienen seguro médico solicitan ingresar al plan médico ofrecido por la U.P.R.)

Solamente podrá acogerse al seguro médico fuera del período de matrícula aquel estudiante que pierda elegibilidad en un plan médico privado por muerte, divorcio o pérdida de empleo del asegurado principal, cierre por decisión de la Oficina del Comisionado de Seguros de Puerto Rico o que la compañía aseguradora cese operaciones en Puerto Rico. La solicitud de seguro deberá llegarle a la compañía junto con evidencia aceptable no más tarde de treinta (30) días calendario a partir de la fecha del evento que da derecho al estudiante a acogerse al seguro médico.

CUBIERTA INDIVIDUAL

CUBIERTA FAMILIAR

Básico (Bas.)

Básico + Major Med

Bás + Dental

Bás + Dent + Maj. Med

Básico + Farmacia

Bás + Farm + Major Med

Bas + Farm + Dental

Bás + Farm +Dent + MM

RELEVO DE INSCRIPCION EN EL SEGURO MEDICO ESTUDIANTIL

Tengo otro seguro y no intereso acogerme al seguro médico estudiantil. A tales efectos, acompaño evidencia requerida por la Oficina de Servicios Médicos evidenciando la cubierta de mi seguro médico:

Privado Mi Salud

Compañía aseguradora: _____ Núm. de Contrato: _____

Fecha de vencimiento del contrato: _____

Observación: _____

Vo. Bo. Servicios Médicos: _____

Firma del Estudiante: _____

Fecha: _____



Universidad de Puerto Rico en Carolina
Decanato de Asuntos Estudiantiles
Oficina de Servicios Médicos

POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD PARA PACIENTES

Confidencialidad respecto al expediente clínico del paciente

El Consultorio Médico, operado por la Oficina de Servicios Médicos de la Universidad de Puerto Rico en Carolina, está comprometido a proveerle a cada paciente el cuidado médico de la más alta calidad que pueda necesitar conforme a su condición de salud y a desarrollar con cada paciente una relación de mutua confianza profesional enmarcada en un trato digno, respetando los valores humanos y derechos y responsabilidades de cada parte. Protegeremos sus derechos de privacidad y confidencialidad respecto a información personal e información de su cuidado médico enforcing al máximo el cumplimiento de nuestras políticas y procedimientos dirigidos a permitir la divulgación o acceso de su información médica personal sólo para propósitos relacionados con su cuidado médico.

Expediente Clínico

Conforme a la prestación de servicios médicos a cada paciente, nos es requerido completar y mantener un expediente médico de cada paciente incluyendo un historial médico, condición actual, plan de tratamiento, tratamiento médico provisto, resultados de pruebas y tratamientos provistos o realizados y terapias médicas. Esta información, ya sea almacenada o custodiada por medios electrónicos en computadoras, documentos escritos u otros medios, será custodiada de manera segura protegiendo su privacidad y confidencialidad. Los médicos y personal del Consultorio Médico tendrán acceso a dicha información para poder proveerle a cada paciente el cuidado médico adecuado que necesita cada paciente.

La información médica es privada y confidencial

Sólo el paciente o persona autorizada por éste tienen derecho a solicitar y obtener, conforme a la política institucional de producción de copias de información médica, dicha información. El custodio del expediente clínico del paciente es el Consultorio Médico conforme a la legislación local y federal aplicable.

Privacidad

El Consultorio Médico ha instituido políticas institucionales las cuales regulan el acceso a los expedientes clínicos de sus pacientes a los médicos y su personal y ha definido cuidadosamente las circunstancias bajo las cuales, su información médica puede ser divulgada a entidades ajenas al Consultorio Médico. Estas políticas cumplen cabalmente con la legislación local estatal y federal vigente para salvaguardar su privacidad.

El personal del Consultorio Médico ha sido y continúa recibiendo periódicamente adiestramientos y orientación respecto al uso adecuado de los expedientes clínicos de los pacientes y entienden que los mismos, y la información contenida en éstos, sólo están disponibles a aquellos que proveen cuidado médico a los pacientes en el Consultorio Médico o de manera limitada, a aquellos conforme a la legislación vigente quienes tienen una razón legítima para ello. Violaciones a la confidencialidad y el deber de protección de la misma de parte del personal del Consultorio Médico bajo ninguna circunstancia será tolerada y conllevará acciones disciplinarias contra sus violadores incluyendo la posible terminación permanente de empleo.

Solicitud de Autorización

El Consultorio Médico no permite a terceras personas tener acceso a la información médica de sus pacientes a menos que el propio paciente le autorice para ello. Solicitaremos su autorización expresa para tal propósito, de lo contrario no podremos ayudarle al respecto si esta fuera su intención. La legislación vigente, en determinadas circunstancias, permite y requiere la divulgación de información médica de los pacientes sin su autorización expresa o implícita.

Algunos ejemplos son:

- Resultados de presencia de enfermedades sexualmente transmisibles
- Resultados e información de S.I.D.A. (A.I.D.S. por sus siglas en inglés)
- Violaciones sexuales
- Maltrato o abuso de menores
- Uso o abuso de sustancias controladas

Los expedientes clínicos en ocasiones son utilizados por razones no directamente relacionadas con el cuidado médico. Los expedientes clínicos son regularmente revisados por el Consultorio Médico para evaluar la calidad del cuidado médico provisto o para garantizar el cumplimiento de las normas y regulaciones de programas que así lo requieren como Medicare, oficinas de salud estatal y federal u otras entidades gubernamentales o regulatorias. En estos casos, cualquier entidad que por ley tenga derecho a acceso a dicha información debe cumplir con la misma legislación, reglas y reglamentos que regulan salvaguardar la privacidad y confidencialidad de la información médica y personal del paciente tal y como se le requiere al Consultorio Médico.



Universidad de Puerto Rico en Carolina
Decanato de Asuntos Estudiantiles
Oficina de Servicios Médicos

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Esta notificación de la política de privacidad y confidencialidad provee información respecto a cómo la Oficina de Servicios Médicos de la Universidad de Puerto Rico en Carolina puede utilizar o divulgar información médica de sus pacientes. Usted tiene derecho a leer y revisar esta notificación antes de firmar este consentimiento.

Como se expresa en este documento, en el futuro el contenido y alcance de esta notificación puede ser objeto de revisiones y cambios por lo cual de esto acontecer, usted puede solicitar una copia revisada de la misma en el área de expedientes clínicos de la Oficina.

Usted tiene derecho a solicitar por escrito que la divulgación de su información médica sea limitada o restringida respecto a su uso. De igual manera usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito excepto respecto a información médica ya divulgada conforme a su consentimiento previo.

De entender necesario el paciente aclarar cualquier información contenida en este documento o requerir información adicional al respecto, debe dirigirse al Oficial de Privacidad y Seguridad de la Oficina.

Nombre del Estudiante

Firma

Número de Estudiante

Fecha