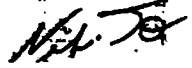




FECHA: 20 de marzo de 2007

A: ESTUDIANTES DE TRASLADO, RE-ADMISIÓN, TRANSFERENCIA Y ESTUDIOS  
GRADUADOS AL RECINTO UNIVERSITARIO DE MAYAGÜEZ PARA EL PRIMER  
SEMESTRE AÑO ACADÉMICO 2007-2008

DE:   
Rosie Torres de Calderón  
Directora

P/C:   
Dr. Víctor Siberio Torres  
Decano de Estudiantes

ASUNTO: EVALUACIÓN MÉDICA Y DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA MATRÍCULA

¡Saludos y Bienvenidos! El Departamento de Servicios Médicos del Recinto Universitario de Mayagüez le felicita por su admisión a esta prestigiosa casa de estudios y se pone a su disposición brindándole un amplio programa de servicios de salud.

A efectos de autorizar la matrícula, la Certificación Número 74-75-319 de la Junta Administrativa requiere que todo estudiante admitido a cursar estudios en este Recinto, como requisito previo a su ingreso, deberá hacerse un Examen Físico completo, incluyendo resultados de laboratorio con fecha no mayor de tres meses a la fecha de entrega.

A continuación detallamos los formularios, exámenes y pruebas que deben ser completadas y sometidas al Departamento de Servicios Médicos en el sobre pre-dirigido que se incluye. Los mismos deben ser recibidos no más tarde del viernes, 22 de junio de 2007 con excepción de los estudiantes de la sección de verano que deberán entregarlos no más tarde del viernes, 11 de mayo de 2007.

1. Formulario Médico. La evaluación médica debe ser realizada por un médico con licencia para ejercer la medicina.

Las pruebas y los exámenes de laboratorio, así como la evidencia de vacunación, deben estar firmados o certificados por un profesional autorizado.

2. Certificado de Inmunización P-VAC-3, documento en original requerido por la Ley de Inmunización Estatal del Departamento de Salud, Número 25, para menores de 21 años. El mismo deberá reflejar las vacunas de la niñez las cuales al menos deben incluir:

- dos dosis de MMR (la primera deberá haber sido administrada luego de su primer año de edad).
- tres dosis de Hepatitis B (si es menor de 18 años).
- tres dosis de DTaP/DTP/DT.
- cuatro dosis de polio (IPV/OPV).
- una Td de adulto de no más de diez años de administrada o una Tdap de no más de cinco años de administrada.

*Servicios Médicos, Cuidando Tu Salud... Siempre*

Verificar con su pediatra o médico de familia que dicho documento esté completo y actualizado.

**Los extranjeros menores de 21 años deberán someter evidencia de las vacunas de su niñez y cumplir con los requisitos antes mencionados.**

Todo estudiante mayor de 21 años deberá presentar evidencia de las vacunas de Td (tres dosis) administradas en su niñez y un refuerzo de Td de no más de 10 años de administrada a la fecha de admisión.

3. Resultado de prueba de tuberculina o lectura de placa de pecho. Los estudiantes admitidos como atletas del Recinto deben proveer ambas.
4. Resultado de sangre para sífilis (*Serología*).
5. Resultado de prueba CBC y diferencial.
6. Formulario de Autorización para Evaluación y/o Tratamiento Físico y/o Mental (*para menores de 21 años debe ser notariado ante un Notario Público*).
7. Dos fotografías recientes tamaño 2 x 2 (opcional).
8. Formulario de Selección Seguro Médico Estudiantil y si aplica, evidencia de que está cubierto por un seguro médico personal (*véase memorando adjunto sobre Requerimiento de Seguro Médico*).
9. Hoja de Entrega y Recibo de la Carta Circular sobre Políticas Institucionales.
10. Consentimiento para Usar o Divulgar Información de Salud-Ley HIPAA.
11. Estudiantes admitidos al Departamento de Enfermería, deberán presentar resultado de Examen Dental realizado por un dentista certificado, además de la evidencia de inicio o de haber completado vacunación de tres dosis de vacuna de Hepatitis B.

**NOTA: Se recomienda guardar copia de todos los documentos antes de entregarlos.**

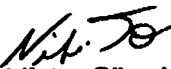
Se incluye una Hoja de Cotejo para facilitarles la cumplimentación y envío de los documentos **NO SE PROCESARÁ SU MATRÍCULA EN EL RECINTO SI NO CUMPLE CON ESTOS REQUISITOS**. Si por alguna razón especial usted no va a cursar estudios en nuestro Recinto le agradeceremos nos llame notificando al teléfono (787) 265-3865 y devolver a vuelta de correo los documentos de Servicios Médicos identificándolos como suyos. De necesitar información adicional pueden comunicarse con nosotros a través del teléfono 832-4040, extensiones 3175 y 3416.



FECHA: 20 de marzo de 2007

A: ESTUDIANTES DE NUEVA ADMISIÓN AL RECINTO UNIVERSITARIO DE MAYAGÜEZ PARA EL PRIMER SEMESTRE AÑO ACADÉMICO 2007-2008

DE:   
Rosie Torres de Calderón  
Directora

P/C:   
Dr. Víctor Siberio Torres  
Decano de Estudiantes

ASUNTO: PLAN MÉDICO DE ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO

El Departamento de Servicios Médicos del Recinto Universitario de Mayagüez, provee asistencia médica primaria de forma gratuita a todos los estudiantes matriculados en nuestro Recinto independientemente de su seguro médico. A su vez, y con el propósito de complementar los servicios de salud, la Universidad de Puerto Rico requiere como política institucional que todo estudiante matriculado en un curso de tres créditos o más, esté cubierto por un seguro médico.

Si el estudiante está acogido a un seguro médico privado o de gobierno que cubra el semestre en el cual cursará estudios, debe completar el **Formulario de Seguro Médico Estudiantil** y someter evidencia confiable del mismo con los documentos requeridos por el Departamento de Servicios Médicos. Dicha evidencia puede ser una de las siguientes alternativas:

1. FOTOCOPIA DE LA TARJETA DEL SEGURO MÉDICO VIGENTE, EXPEDIDA A NOMBRE DEL ESTUDIANTE O TARJETA FAMILIAR QUE INCLUYA EL NOMBRE DEL ESTUDIANTE. DEBE INCLUIR FECHA DE VENCIMIENTO.
2. DOCUMENTO OFICIAL DE LA COMPAÑÍA, AGENCIA O DEPARTAMENTO DE SALUD EN CASOS DE REFORMA, QUE PROVEA EL SERVICIO DE SEGURO MÉDICO QUE CERTIFIQUE QUE EL ESTUDIANTE ESTÁ ACOGIDO O CUBIERTO POR EL MISMO PARA EL SEMESTRE QUE ESTARÁ CURSANDO ESTUDIOS.

De no presentar evidencia confiable o de ésta no ser aceptada, el estudiante estará obligado a acogerse a una de las alternativas de cubierta del seguro médico para estudiantes establecida mediante contrato entre el seguro médico y la Universidad de Puerto Rico. De no ocurrir la selección, o la evidencia no ser confiable, su Formulario de Matrícula reflejará la Cubierta Básica del Plan Médico de Estudiantes. El estudiante puede acudir para evaluación y cambios al Plan Médico en la Semana de Ajustes a su matrícula que será antes del primer día de clase, día en que es efectivo el plan médico de la Universidad y fecha a partir de la cual no se pueden hacer bajas o cambios al plan médico.

*Servicios Médicos, Cuidando Tu Salud... Siempre*

Las alternativas de cubiertas y los costos para el Plan Médico de Estudiantes contratado con la Universidad de Puerto Rico para el Primer Semestre Académico 2007-2008 son los siguientes:

**PLAN MÉDICO DE ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO  
CRUZ AZUL DE PUERTO RICO  
PRIMER SEMESTRE 2007-2008**

Cubierta Básica	\$286
Básica y Major Medical	\$307
Básica y Dental	\$317
Básica, Dental y Major Medical	\$338
Básica con Farmacia	\$641
Básica, Farmacia y Major Medical	\$662
Básica, Farmacia y Dental	\$672
Básica, Farmacia, Dental y Major Medical	\$693

**NOTAS:**

1. Es un plan de libre selección, con limitaciones en ciertos servicios para los cuales se requiere pre-autorización entre estos, hospitalización, cuidado de maternidad, pruebas especializadas y cirugía.
2. Visitas al *Ginecólogo/Obstetra* y *Dermatólogo* requieren referido por uno de los médicos del Departamento Servicios Médicos de la Universidad.
3. Servicio de maternidad aplica el deducible de \$3.00 por visita pre-natal y \$25.00 de hospitalización.
4. En la cubierta con farmacia aplica \$3.00 por el medicamento ordenado por médico.
5. Servicios fuera de Puerto Rico requieren pre-autorización.
6. Toda condición pre-existente requiere un periodo de espera de seis meses.
7. Las pruebas diagnósticas están limitadas, requieren pre-autorización y aplica el 25% de co-aseguro.
8. Emergencias están cubiertas al 100% y aplica el deducible de \$10.00.
9. El servicio de Major Medical tiene un beneficio máximo de \$250,000.00 para gastos elegibles. Acumula un deducible de \$100.00 y aplican los siguientes co-aseguros:
  - a. Los primeros \$2,000.00 de gastos elegibles—80% de reembolso.
  - b. El exceso de \$2,000.00 hasta el límite de \$250,000.00—100% de reembolso.

Favor pasar por el Departamento de Servicios Médicos para recoger el Directorio de Proveedores de Cruz Azul y el Opúsculo de Cubiertas. Para información adicional, puede comunicarse con nuestras oficinas al teléfono 832-4040, extensiones 3408 y 3416.

marzo/2007  
nvs

VST

**UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO  
RECINTO UNIVERSITARIO DE MAYAGÜEZ  
DECANATO DE ESTUDIANTES  
DEPARTAMENTO SERVICIOS MÉDICOS**

**HOJA DE COTEJO**

- Formulario Médico.
- Certificado de Inmunización P-VAC-3 amarillo o verde dependiendo de su estado de inmunización para menores de 21 años que esté al día o refuerzo Td para mayores. Estudiantes menores de 18 años, a la fecha de admisión, deben mostrar evidencia de 3 dosis de la vacuna contra Hepatitis B. (Véase Memorando Evaluación Médica para referencia)
- Resultado de prueba de Tuberculina o Lectura de Placa de Pecho (Atletas deben presentar ambos).
- Resultados de exámenes de sangre para Sífilis (Serología).
- Resultado de CBC y diferencial.
- Formulario de Autorización para Recibir Atención Médica. Menores de 21 años deben presentarla notariada.
- Hoja de Selección Seguro Médico Estudiantil acompañado de evidencia o certificación si está acogido a seguro médico privado o de reforma. Debe evidenciar fecha de expiración vigente a la fecha de matrícula.
- Dos fotografías 2x2 (de su rostro). Favor de escribir nombre y número de estudiante asignado por el RUM al dorso de las fotografías.
- Consentimiento para Usar y/o Divulgar Información de Salud-Ley HIPAA.
- Hoja de Información y Recibo sobre Políticas Institucionales de la UPR debidamente firmada.
- Estudiantes de Enfermería: Examen Dental y 3 dosis de vacuna de Hepatitis B.
- Tarjeta Pre-dirigida con sello.
- SE RECOMIENDA GUARDAR COPIA DE TODOS ESTOS DOCUMENTOS.

**FECHA LIMITE PARA ENTREGAR DOCUMENTOS A ESTUDIANTES DE  
ADMISION TEMPRANA viernes, 11 de mayo de 2007**

**ESTUDIANTES REGULARES viernes, 22 de junio de 2007**



## CONTINUACIÓN PARTE A (PARA SER LLENADO POR EL ESTUDIANTE)

**Marque aquellas enfermedades o condiciones que presente o haya presentado:**

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

Hospitalizaciones o Enfermedades en el último año \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos o alimentos \_\_\_\_\_

Otros problemas de salud \_\_\_\_\_

Indicar tratamiento médico actual, si alguno \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Firma del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Firma del padre, madre o tutor legal \_\_\_\_\_

## PARTE B EXAMEN FÍSICO (PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO EXAMINADOR)

Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Presión \_\_\_\_\_ Pulso \_\_\_\_\_ Agudeza Visual: O. Der. \_\_\_\_\_ O. Izq. \_\_\_\_\_ Audición \_\_\_\_\_

**Marque según la columna. Escriba N.E. si no es evaluado.**

Evaluación clínica por sistema	Normal		Comentarios
	Sí	No	
Piel			
Oídos, nariz, garganta			
Cardiovascular			
Respiratorio			
Gastrointestinal			
Urogenital			
Musculoesquelético			
Neurológico			

Serología	Fecha realizada	Resultado
Tuberculina (de ser positiva, Placa de Pecho)	Fecha Adm.	Fecha de lectura Resultado
Placa de Pecho	Fecha realizada	Resultado
CBC y Diferencial	Fecha realizada	Resultado

### RESUMEN DE HALLAZGOS EN HISTORIAL, EXAMEN FÍSICO Y LABORATORIOS REQUERIDOS

PREGUNTAS	SI	NO	COMENTE SU CONTESTACION AFIRMATIVA
¿Tiene el estudiante un problema de salud significativo o incapacitante?			
¿Está en tratamiento por alguna condición de salud física o mental?			
¿Existe alguna contraindicación para la participación en actividades atléticas que requieran esfuerzo físico?			
¿Existe alguna recomendación especial para el manejo de los problemas de salud del estudiante en su estadía en la UPR?			

\_\_\_\_\_ Fecha del examen \_\_\_\_\_ Nombre del médico \_\_\_\_\_ Firma del médico \_\_\_\_\_ Número de Licencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO SERVICIOS MEDICOS  
SELECCION SEGURO MEDICO ESTUDIANTEL

Apellido Paterno, Materno, Nombre

Número de Estudiante

SECCION ACADEMICA:

1er Semestre

2do Semestre

Verano

MARQUE SU SELECCION Y COMPLETE DE ACUERDO A LA MISMA:

Intereso acogerme al Seguro Médico de la Universidad de Puerto Rico:

Básico

Básico con Dental

Básico con Farmacia

Básico con Mayor Medical

Básico, Farmacia y Dental

Básico, Dental y Mayor Medical

Básico, Farmacia, Dental y Mayor Medical

Básico, Farmacia y Mayor Medical

No intereso acogerme al Seguro Médico Estudiantil, por tener otro seguro médico:

Privado

Gobierno

\*\*Favor mostrar evidencia

Nombre compañía aseguradora: \_\_\_\_\_

Fecha de cubierta: Desde: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dia/Mes/Año

Expira: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dia/Mes/Año

SI LA FECHA DE EXPIRACION DE SU SEGURO MEDICO ES ANTES O DURANTE EL SEMESTRE DE ESTUDIO, LLENE LO SIGUIENTE:

\_\_\_\_\_ Será renovado

\_\_\_\_\_ No será renovado

\_\_\_\_\_  
Firma del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Vo. Bo. Personal Servicios Médicos: \_\_\_\_\_

Todo estudiante matriculado en tres créditos o más tiene que estar cubierto por algún seguro médico. Para exención por seguro médico privado, debe presentar evidencia confiable. Esta puede ser tarjeta de seguro médico vigente expedida a nombre del estudiante o que incluya su nombre, o documento oficial que certifique que el estudiante está acogido a un seguro médico por el semestre que se está matriculando. El seguro médico privado debe tener vigencia para el semestre que se está matriculando, de lo contrario en su matrícula deberá acogerse a una de las alternativas provistas por el Seguro Médico de la Universidad. La exención de matrícula no cubre el pago del seguro médico.



**UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO  
RECINTO UNIVERSITARIO DE MAYAGUEZ  
DECANATO DE ESTUDIANTES  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS**

**ESTUDIANTE MENOR DE 21 AÑOS**

**DECLARACIÓN JURADA**

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad \_\_\_\_\_,  
Nombre del padre, madre o encargado status

y vecino (a) de \_\_\_\_\_, Puerto Rico, en mi carácter de  
\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ por la presente:  
relación con el estudiante Nombre del estudiante

Faculto al personal autorizado por el Honorable Secretario 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 precritos de conformidad con las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Autorizo a que sea referido a otros médicos y/o instituciones hospitalarias debidamente acreditadas por el Departamento de Salud del área, siguiendo las normas de privacidad establecidas. -----

En \_\_\_\_\_, hoy día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Encargado

\_\_\_\_\_  
Número de Estudiante

\_\_\_\_\_  
Seguro Social del Padre o Encargado

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social del  
Estudiante

-----  
AFFIDAVIT NUMERO: \_\_\_\_\_

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

**SELLO Y FIRMA DEL NOTARIO**

**UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO  
RECINTO UNIVERSITARIO DE MAYAGUEZ  
DECANATO DE ESTUDIANTES  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS**

**AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA**

**DECLARACIÓN JURADA**

Estudiante: \_\_\_\_\_ Mayor de 21 años \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Emancipado

Yo, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante status

y vecino (a) de \_\_\_\_\_, Puerto Rico, por la presente:

Faculto al personal autorizado por el Honorable Secretario 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 precritos de conformidad con las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Autorizo a ser referido a otros médicos y/o instituciones hospitalarias debidamente acreditadas por el Departamento de Salud del área, siguiendo las normas de privacidad establecidas. -----

En \_\_\_\_\_, hoy día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante

\_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Número de estudiante



UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO  
RECINTO UNIVERSITARIO DE MAYAGÜEZ  
DECANATO DE ESTUDIANTES  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS MÉDICOS  
PO BOX 9039  
MAYAGÜEZ, PR 00681-9039

Tel. (787) 832-4040  
Ext. 3405

## HOJA DE INFORMACIÓN Y RECIBO

### POLÍTICA INSTITUCIONAL SOBRE EL USO DEL ALCOHOL Y LAS DROGAS POLÍTICA DE NO FUMAR (LEY 40)

La Universidad de Puerto Rico, consciente del problema que representa para su comunidad universitaria el uso y abuso de drogas y alcohol, tiene el firme compromiso de promover un ambiente de trabajo y estudio sano. El mismo responde a las serias consecuencias que representa el uso de tales sustancias. Estas afectan directamente la seguridad, la calidad de los servicios, la productividad y la salud física y emocional de sus estudiantes y empleados.

#### Las drogas ¿qué son?

Son sustancias químicas naturales o sintéticas que al usarse alteran las funciones normales del organismo ya que interfieren tanto con los procesos fisiológicos como los psicológicos del individuo.

El abuso de las drogas puede ocasionar serios problemas de salud, dependencia, accidentes y muertes. Pueden generar, además, problemas financieros por su alto costo y la pérdida de empleo debido al ausentismo, poca productividad, pobre juicio para tomar decisiones y alternación de la conducta.

#### Política sobre uso de drogas y alcohol

La manufactura, la distribución, el suministro, la posesión, el uso ilegal de sustancias controladas y el abuso de alcohol son prácticas perjudiciales a los mejores intereses institucionales y no habrán de ser permitidas independientemente de la jerarquía o posición de las personas que puedan resultar involucradas. Bajo ninguna circunstancia se permitirá que persona alguna viole esta reglamentación o que bajo los efectos de alguna sustancia controlada o del alcohol permanezca en su lugar de trabajo o de estudios. La política sobre drogas y alcohol se fomenta a tono con las siguientes disposiciones:

- Ley de la Universidad de Puerto Rico, Ley Núm. 1 del 20 de enero de 1966.
- Ley de Escuelas y Comunidades Libres de Drogas de 1989 (Ley Pública Núm. 101-226)
- Reglamento Interno del Departamento de Defensa de los Estados Unidos.

#### Política de no fumar (LEY 40)

En la Universidad de Puerto Rico se cumple con la nueva Ley #40, enmendada con la Ley #66 del 2 de marzo de 2006. Esta Ley prohíbe fumar: salones de clases, salones de actos, bibliotecas, pasillos, comedores escolares, cafeterías, servicios sanitarios de los planteles de enseñanza, instituciones públicas y privadas a todos los niveles de enseñanza, ascensores de uso público, tanto de transporte de pasajeros como de carga en edificios públicos y privados, teatros, cines, hospitales y centros de salud públicos y privados, vehículos de transportación pública, vehículos oficiales, ambulancias públicas o privadas, vehículos de transportación privada cuando en los mismos estuviere presente un menor sentado en un asiento protector o un menor de trece años, restaurantes, cafeterías, panaderías, establecimientos dedicados al expendio de comidas y establecimientos de comida rápida, museos, funerarias, tribunales, áreas que contengan líquidos, vapores o materiales inflamables, estaciones de servicio de venta de gasolina al detal, centro de cuidado de niños ya sean públicos o privados, instalaciones recreativas públicas o privadas, centros de cuidado de ancianos, barras, bares, "pubs", discotecas, licorerías, casinos, centros de convenciones y comercios, además de todo escenario de trabajo en el que haya uno o más empleados.

Estas legislaciones establecen la responsabilidad afirmativa de las instituciones educativas y los patronos en la prevención del uso de sustancias controladas por parte de los empleados y los estudiantes dentro de los predios de la Universidad, así como en actividades auspiciadas por la misma. Además, fomentan un ambiente de estudio y trabajo saludable.

#### Sanciones

De violar las prohibiciones aquí establecidas, la persona estará sujeta a las medidas disciplinarias especificadas en el Reglamento de la Universidad de Puerto Rico, Artículo 39 (de ser empleado), el reglamento General de estudiantes, Parte IV (de ser estudiante) y cualquier procedimiento administrativo que se establezca para estos fines.

### POLÍTICA INSTITUCIONAL SOBRE SEGURIDAD

El derecho estatal y federal le impone a las instituciones educativas la responsabilidad de ofrecer protección y seguridad a los miembros que componen la comunidad universitaria. La Universidad de Puerto Rico reconoce como interés institucional legítimo el facilitar la protección a la vida y seguridad de sus miembros. También se ocupa de prevenir la ocurrencia de actos delictivos en las instalaciones físicas de su sistema educativo.

La presente declaración de política pública se promulga a tenor con la Ley Pública 101-542, conocida como "Student Right to Know and Campus Security Act", así como las demás leyes federales y estatales que requieren la adopción de normas institucionales claras.

#### Política Institucional

Mediante esta política se pretende promover y mantener un ambiente de estudios y trabajo seguro, libre de riesgos, actos de violencia y peligro. Se reconoce además, el derecho de los estudiantes, posibles estudiantes y comunidad en general a ser informados sobre cualquier acto delictivo ocurrido dentro de los terrenos universitarios y áreas adyacentes.

Así mismo, la Universidad de Puerto Rico recopilará datos, divulgará y mantendrá informada a la comunidad sobre los incidentes criminales en las diferentes unidades que la componen.

Cualquier persona que, por sus actos de comisión u omisión, viole cualquier estatuto estatal o federal, estará sujeto a las medidas disciplinarias establecidas en los reglamentos universitarios o procesados civil o criminalmente mediante las leyes estatales que le apliquen.

Tomado del Folleto: Política Institucional-Información General de Interés para los Estudiantes-UPR (febrero- 2002)

◆ ----- Corte Aquí ----- Corte Aquí ----- Corte Aquí ----- ◆

POLÍTICAS INSTITUCIONALES U.P.R. SOBRE EL USO DEL ALCOHOL Y LAS DROGAS Y NO FUMAR (LEY 40)  
RECIBIDO Y ACORDADO

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante o empleado

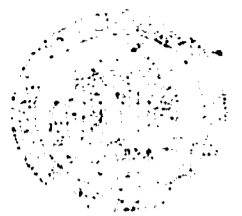
\_\_\_\_\_  
Número de Estudiante

\_\_\_\_\_  
Nombre (en letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Fecha

1950

THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
DEPARTMENT OF CHEMISTRY  
RESEARCH REPORT NO. 1000  
1950



RESEARCH REPORT NO. 1000

THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
DEPARTMENT OF CHEMISTRY

REPORT NO. 1000

REPORT NO. 1000

REPORT NO. 1000

REPORT NO. 1000

REPORT NO. 1000

REPORT NO. 1000

REPORT NO. 1000

REPORT NO. 1000

REPORT NO. 1000

REPORT NO. 1000

REPORT NO. 1000

REPORT NO. 1000

REPORT NO. 1000

REPORT NO. 1000

Universidad de Puerto Rico  
Recinto Universitario de Mayaguez  
Decanato de Estudiantes  
Departamento de Servicios Médicos

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA USO Y/O DIVULGACION DE INFORMACION DE SALUD  
PARA PROPOSITOS DE TRATAMIENTO, PAGO U OPERACIONES DEL DEPARTAMENTO**

Por la presente yo \_\_\_\_\_, con número de identificación  
(letra de molde)

\_\_\_\_\_, certifico que recibí del Departamento de Servicios Médicos del Recinto Universitario de Mayaguez de la Universidad de Puerto Rico información y orientación sobre la Notificación de Política de Privacidad y Confidencialidad, y cómo el Departamento puede utilizar y divulgar información médica protegida de sus pacientes.

Entiendo que esta notificación puede ser objeto de revisiones y cambios, ante lo cual se puede solicitar una copia revisada de la misma. Que toda solicitud de divulgación de información se hará por escrito, que se puede restringir y limitar el uso de la misma, y que existe el derecho de revocar toda autorización anterior.

Así mismo faculto al personal autorizado por el Honorable Secretario 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 que 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 o correctivas que sean 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 o instituciones hospitalarias debidamente acreditadas por el Departamento de Salud, así como el brindarle información clínica al Plan Médico de mi selección para los trámites correspondientes.

Certifico que entiendo el contenido de este documento, y que de entender necesario aclarar cualquier información contenida en el mismo o de requerir información adicional al respecto me dirigiré a la persona designada como Oficial de Privacidad en el departamento.

Firmado hoy, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Número Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Teléfono

- Reporte o notificación requeridas por ley respecto al uso de productos o equipos médicos y medicamentos

➤ *Investigaciones al amparo de la ley*

- Se podrá divulgar información médica del paciente a las entidades concernidas al amparo de la ley, quienes realicen investigaciones relacionadas con el cuidado de salud de la comunidad, investigaciones necesarias para que los sistemas de cuidado de salud y los programas del gobierno sean monitoreados.

➤ *Cumplimiento de requerimientos legales*

- Se podrá divulgar información médica de los pacientes cuando sea requerida por o ante:
  1. Orden de un Tribunal requiriendo divulgar información o producción de documentos.
  2. Orden de un Tribunal u oficial del estado requiriendo la identificación o localización de un sospechoso, testigo o desaparecido.
  3. Orden de un Tribunal requiriendo divulgar información respecto a una muerte que se sospecha fue producto de un crimen.
  4. Orden de un Tribunal u oficial del estado requiriendo información respecto a la ubicación de un crimen o víctimas o respecto a identidad de personas que cometieron un delito.

➤ *Jueces, Examinadores médicos y directores de funerarias*

- Se puede revelar información médica de los pacientes a un juez o examinador médico, y a directores de funerarias para que estos puedan cumplir con su deber y funciones.

**DERECHOS DE LOS PACIENTES RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA**

➤ *Inspección y copias*

- El paciente tiene derecho a inspeccionar y obtener copia de su información médica que puede ser utilizada para tomar decisiones respecto a su cuidado médico. Esto no incluye notas de psicoterapias.
- Para inspeccionar y obtener copias de información médica que puede ser utilizada para tomar decisiones respecto a su cuidado médico, este debe solicitar dicha acción por escrito.
- El paciente será responsable de cubrir los costos por reproducción o fotocopias de partes de la información médica contenida en el expediente clínico del Departamento.
- El pedido o solicitud para inspeccionar y obtener copias de información médica que puede ser utilizada para tomar decisiones respecto a su cuidado médico puede ser negada, en cuyo caso el paciente puede solicitar la reconsideración de su pedido y negación de este en cuyo caso el comité de expedientes clínicos del Departamento conducirá la revisión o reconsideración solicitada.

➤ *Derecho a solicitar enmiendas*

- El paciente cuando entienda que la información médica contenida en su expediente clínico en el Departamento es inexacta o incompleta, este tendrá el derecho a solicitar que se enmiende su información médica.
- Para solicitar se enmiende su información médica en el expediente clínico del Departamento, el paciente debe expresar por escrito dicha solicitud indicando la razón o justificación para la enmienda requerida.
- La solicitud de enmienda a la información médica del paciente contenida en su expediente clínico en la facilidad del Departamento puede ser denegada si:
  - La información médica incluida en el expediente clínico y sobre la cual se solicita enmiendas o modificación, no fue obtenida o redactada por el personal del Departamento.
  - La enmienda solicitada es sobre información médica que no es mantenida en el expediente clínico del Departamento.
  - La enmienda solicitada es sobre información médica que no es permitida su inspección o derecho a copiar.
  - La información médica incluida en el expediente clínico y sobre la cual se solicita enmiendas o modificación es correcta y completa por lo cual es innecesario la enmienda o modificación requerida.
  - La persona o entidad que creó o produjo la información objeto de la enmienda solicitada no esta disponible para realizar la enmienda.

➤ *Registro de información divulgada*

- El paciente tiene derecho a solicitar un detalle del registro de divulgaciones que realizó el Departamento sobre su información médica.
- Para obtener la información o detalle de divulgaciones realizadas, el paciente deberá solicitar por escrito dicha información.
- La primera información requerida por el paciente durante un periodo de doce meses será provisto libre de costos, las solicitudes adicionales conllevaran el pago de dicho servicio.
- El Departamento proveerá al paciente, de esta solicitarlo, el registro de las divulgaciones de su información de salud protegida hechas por el Departamento durante los seis años previos a la fecha en que la divulgación es solicitada (a partir del 14 de abril de 2003, fecha en que entra en vigor esta política y procedimiento).

➤ *Restricciones respecto a información solicitada o divulgada*

- El paciente podrá requerir restricciones o limitaciones a la divulgación de su información médica al Departamento.
- La solicitud de limitación o restricción a la divulgación de información médica deberá ser solicitada por escrito por el paciente indicando la restricción solicitada e identificando respecto a que información específica la requiere y respecto a que personas requiero que aplica la restricción.
- El Departamento ha de procesar y dar fiel cumplimiento a la solicitud de limitación o restricción a la divulgación de información médica debidamente presentada por un paciente salvo que por mandato de ley o por la necesidad de divulgación de la información para proveer tratamiento médico al paciente, el Departamento se vea imposibilitado a acceder a la solicitud presentada.

➤ *Solicitud de confidencialidad en la comunicación*

- El paciente tiene derecho a solicitar que la comunicación entre él y los empleados o miembros del equipo de salud del Departamento se lleve a cabo en un lugar adecuado y de manera que le preserve la privacidad y confidencialidad respecto a la comunicación o divulgación de su información médica.
- El paciente deberá solicitar por escrito la privacidad y confidencialidad respecto a determinada información médica de su persona. En dicho pedido de manera específica debe expresar donde y como desea que se le comunique sobre su información y condición médica.

➤ *Derecho a solicitar copia de esta notificación*

- El paciente tiene derecho a solicitar una copia de adicional de esta notificación en cualquier momento ya sea suministrada en papel o cualquier otro medio electrónico. Sufragará los costos de ésta de ser necesario.

➤ *Cambios a la notificación*

- El Departamento se reserva el derecho de modificar esta notificación, se reserva el derecho de realizar revisión o cambios a la misma respecto a la información médica que ya tenga del paciente o respecto a cualquier información del paciente que reciba en el futuro.
- A todo paciente atendido en el Departamento, le será provisto una copia de la notificación actual o vigente.

➤ *Procedimiento de querellas*

- Todo paciente que entienda que su derecho a la privacidad y confidencialidad respecto a su información médica ha sido violentado, deberá presentar un escrito al efecto detallando la acción o acciones que constituyeron la violación de sus derechos, escrito el cual podrá presentar ante la dirección del Departamento o en las oficinas y entidades oficiales gubernamentales concernidas que atienden estas situaciones.
- El paciente no será penalizado por presentar una querella.

➤ *Otros usos de la información médica de un paciente*

- Cualquier otro uso o divulgación de información médica del paciente que no estén cubiertas por medio de esta notificación, así como tampoco cubiertas o reguladas por leyes, reglas y reglamentos federales y estatales aplicables, deberá sólo realizarse previa obtención de autorización escrita al efecto de parte del paciente.
- En aquellos caso donde mediando autorización escrita al efecto el paciente autorice determinada divulgación de su información médica, el propio paciente podrá revocar en cualquier momento y de manera escrita dicha autorización y su efecto será prospectivo.

## NOTIFICACIÓN DE POLÍTICA DE PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

Esta notificación describe como la información médica del paciente puede ser utilizada y divulgada por nuestro Departamento de Servicios Médicos. Además describe cómo el paciente puede obtener acceso a su información médica. (Favor de leer con detenimiento)

### QUIENES DEBEN CUMPLIR CON ESTA NOTIFICACIÓN

Esta notificación describe las políticas de uso de información del Departamento de Servicios Médicos relacionada a:

- Profesionales de la salud autorizados a documentar información en los expedientes clínicos del Departamento.
- Todas las áreas y dependencias del Departamento.
- Persona o grupo voluntario que preste servicios durante la permanencia del paciente en el Departamento.
- Empleados, miembros de la facultad médica u otro personal del Departamento.
- Entidades, ya sean instituciones afiliadas o subsidiarias que deban cumplir con los términos contenidos en esta notificación y puedan compartir información cada una respecto a tratamiento, facturación y cobro o cualquier otro fin relacionado con las operaciones institucionales del Departamento o la prestación de servicios médicos conforme a los propósitos descritos en esta notificación.

### NUESTRO COMPROMISO RESPECTO A LA INFORMACIÓN MÉDICA DEL PACIENTE

- Comprendemos que la información médica sobre nuestros pacientes es personal y confidencial, por lo cual estamos comprometidos a proteger y salvaguardar la privacidad y confidencialidad de dicha información.
- El Departamento de Servicios Médicos desarrolla y conserva un expediente clínico sobre el cuidado médico que provee a los pacientes que sirve. Este expediente clínico es fundamental y necesario para proveer al paciente el cuidado médico de la calidad que requiere y de igual manera nos permite cumplir con determinados requisitos y regulaciones legales que regulan nuestras operaciones.
- Esta notificación aplica a todos los expedientes clínicos de pacientes atendidos en el Departamento y los cuales son documentados por nuestro personal incluyendo la facultad médica.
- Esta notificación tiene como propósito fundamental informar a los pacientes sobre la manera que utilizamos y divulgamos información médica. De igual manera describe los derechos del paciente y las obligaciones del Departamento respecto al uso y divulgación de información médica o de salud de nuestros pacientes.

### EL DEPARTAMENTO TIENE LAS SIGUIENTES OBLIGACIONES LEGALES:

- Conservar de manera segura y preservar la privacidad y confidencialidad de la información médica de los pacientes.
- Proveer al paciente una notificación conteniendo sus responsabilidades legales y la política de privacidad y confidencialidad respecto a información médica de los pacientes.
- Cumplir cabalmente las normas y procedimientos que se detallan a continuación conforme a los requerimientos de esta notificación.

### USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DE PACIENTES

- Las siguientes categorías o clasificaciones describen las maneras y circunstancias ante las cuales el Departamento puede divulgar información médica de los pacientes.
- *Tratamiento*
    - En el proceso de prestación de servicios médicos al paciente se puede utilizar información médica del paciente.
    - Como parte del ofrecimiento de tratamientos médico, se puede divulgar información médica del paciente al médico, enfermeras, personal técnico, estudiantes de medicina, odontología y a cualquier otro personal del Departamento participando en el cuidado médico del paciente como lo son entre otros: nutricionistas, tecnólogos médicos, tecnólogos radiológicos, etc.
  - *Facturación y cobro de servicios*
    - El Departamento podrá utilizar y divulgar información médica del paciente para facturar y cobrar por los servicios y tratamientos ofrecidos al paciente en sus facilidades, divulgación y uso de información directamente al paciente o a su seguro o plan médico.
    - Se podrá divulgar al paciente o a su seguro o plan médico información médica del paciente cuando se requiera pre-certificación, autorización o aprobación de un servicio para ser cubierto y pagado dicho servicio por estas entidades.
  - *Operaciones o actividades institucionales relacionadas con el cuidado de salud*
    - Se podrá utilizar y divulgar información médica del paciente para o durante las actividades institucionales del Departamento (por ejemplo, trabajos en comités institucionales entre otros usos autorizados). Esta información y su uso resulta necesario para garantizar que todos nuestros pacientes reciban un servicio de calidad. De esta forma se podrá utilizar información médica de pacientes como parte del programa del Departamento de Garantía de Calidad y para estudios de productividad y efectividad de las actividades del Departamento.
    - Se podrá divulgar información médica del paciente a médicos, personal de enfermería, personal técnico, estudiantes de medicina, odontología y a otro personal del Departamento para evaluación y propósitos de aprendizaje.
    - Se podrá combinar la información médica existente en el Departamento con información médica de otras facilidades de servicios de salud para fines de comparar ejecutorias e implantar medidas dirigidas a mejorar la calidad de los servicios ofrecidos al paciente.
  - *Programación de citas*
    - Se puede utilizar y divulgar información médica de un paciente para localizar al paciente y recordarle o avisarle que tiene o requiere que acuda a una cita para tratamiento o cuidado médico.
  - *Personas participantes en el cuidado médico del paciente y en el cobro o reembolso de los gastos por los servicios prestados al paciente*
    - Se puede divulgar información médica del paciente a su acompañante o familiar presente al momento de éste recibir los servicios médicos, si el mismo no está capacitado para entender las instrucciones dadas. Igualmente se podrá divulgar información a las personas o entidades que cubren los costos de los servicios médicos provistos al paciente. Es permitido comunicarle a los familiares del paciente si éste se encuentra o no recluso o recibiendo servicios en el Departamento, muy especialmente si el paciente es menor de edad.

### ➤ *Investigaciones*

- Se podrá utilizar y revelar información médica del paciente para propósitos de investigación. No obstante, toda investigación previa al inicio de sus actividades debe ser aprobada y autorizada por los organismos concernidos del Recinto de Universitario de Mayagüez de la Universidad de Puerto Rico.
- Debe obtenerse autorización del paciente en todo caso en que el investigador necesite tener acceso al nombre, dirección u otra información que identifique al paciente.

### ➤ *Requerimientos de ley*

- En todo caso en que por disposiciones de leyes federales, estatales y locales se requiera divulgar información médica de los pacientes, así se realizará de parte del Departamento conforme a los requisitos de ley.

### ➤ *Prevención de daño contra la salud o para preservar la seguridad*

- Se podrá utilizar y revelar información médica del paciente que sea requerida para prevenir una amenaza o daño a la salud y la seguridad del paciente u otras personas. Sin embargo, esta información se divulgará a una persona capacitada o capaz de ayudar a prevenir la amenaza o daño, siguiendo las normas institucionales a estos efectos.

### SITUACIONES ESPECIALES

#### ➤ *Donación de órganos y tejidos*

- Si el paciente es un donante de órganos, se podrá divulgar información médica a organizaciones que manejan la recuperación de órganos para trasplantes de ojos o tejido o de algún banco o centro de órganos para facilitar dicho proceso. La organización que maneja la recuperación de órganos para trasplante deberá presentar evidencia de autorización escrita suscrita por el paciente para solicitar o requerir información médica protegida del paciente.

#### ➤ *Miembros de las fuerzas armadas*

- Si el paciente es miembro de las fuerzas armadas se podrá divulgar información médica conforme sea requerido por dichas entidades.

#### ➤ *Compensación a trabajadores*

- Se podrá divulgar información médica del paciente a las entidades concernidas para fines de evaluación de posibles compensaciones y programas de beneficio para los pacientes producto de lesiones o enfermedades relacionadas con su trabajo. La entidad solicitante de la información deberá presentar evidencia de autorización escrita suscrita por el paciente para requerir información médica protegida del paciente.

#### ➤ *Riesgos a la salud pública*

- Se podrá divulgar información médica del paciente para actividades y fines de salud pública. Estas actividades incluyen entre otras las siguientes:

- Prevención o control de enfermedades, lesiones o incapacidades
- Reporte o notificación de nacimientos y defunciones
- Reporte o notificación de víctimas de violación, violencia doméstica, o abuso o maltrato de menores.
- Reporte o notificación de incidencia de enfermedades sexualmente transmisibles.
- Reporte o notificación de incidencia de reacciones a medicamentos.
- Reporte o notificación de incidencia de determinadas enfermedades transmisibles.

## **ADDENDUM**

### **USO Y DIVULGACIONES DE INFORMACIÓN MÉDICA DE PACIENTES**

#### **➤ Certificaciones Médicas**

**Como parte de la Notificación de Política de Privacidad y Confidencialidad se incluye entre otras, la regulación de Certificados Médicos, mejor conocidos como recomendaciones de excusas médicas. Estos Certificados no incluirán el diagnóstico del paciente, en su lugar aparecerá la palabra RESERVADO. De incluirse el diagnóstico en el Certificado Médico, por solicitud del paciente o por requerimiento de la Ley de Salud Pública, se recomienda que la persona que recibe el mismo, registre el Certificado en los registros correspondientes y devuelva el Certificado al paciente. Si la persona decide retener el original o copia del Certificado, deberá guardar éste en un lugar seguro y privado de terceros, no podrá sacar copias del mismo ni compartir éste sin previa autorización del paciente; deberá establecer norma de la eliminación de éstos, documentando la misma y reteniendo esta evidencia por 6 años.**