

**UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO EN UTUADO  
DECANATO DE ASUNTOS ESTUDIANTILES  
OFICINA DE SERVICIOS MÉDICOS**



(787) 894-2828

Ext. 2604/2605

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

Nombre: \_\_\_\_\_

Núm. Est. \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Presión: \_\_\_\_\_ Pulso: \_\_\_\_\_

EVALUACIÓN CLÍNICA POR SISTEMAS	NORMAL		N/A	EXPLIQUE
	SI	NO		
Gastrointestinal				
Hematopoyético				
Musculoesqueletal				
Neurológico				
Oído, Nariz, Garganta				
Piel				
Respiración				
Urogenital				
Otros:				

PRUEBAS	FECHA REALIZADA		COMENTARIOS
VDRL			
TUBERCULINA			
CBC			
U/A			
Tipo y Grupo			

PREGUNTAS	SI	NO	EXPLIQUE
¿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?			
¿Existe alguna indicación especial para el manejo de los problemas de salud del estudiante en su estadía en la universidad?			
Padece de Epilepsia			
¿Ha estado o está en tratamiento con psiquiatra o psicólogo?			
Padece o ha padecido de Hipoglucemia			

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Firma del Médico: \_\_\_\_\_

# Lic: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**“Patrono con Igual Oportunidad de Empleo”**