



FICHA DE SALUD N°002.

FICHA DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DE SALUD DE LA ESCUELA DE TALENTOS DEL CALLAO
Completar información con letra clara y legible.

1. DATOS DEL ESTUDIANTE					
Apellidos y Nombres:					
Sexo (marcar con una X)		Fecha de nacimiento	DNI	Distrito de Procedencia	Dirección actual
M	F				
Grado			Sección		
Nombre del parente/madre y/o apoderado:					
Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Tíos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Indicar: _____					
N.º de teléfono fijo y celular (puede colocar más de uno)					
Padre			Vive	No vive	
Madre			Vive	No vive	
Apoderado					
¿Con quién vive el estudiante? (Marcar con una X)		Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Tíos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Indicar: _____			Número total de personas que viven con el estudiante:
Afiliación de salud del estudiante. (Marcar con una X)		ESSALUD <input type="checkbox"/> SIS <input type="checkbox"/> FF. AA. <input type="checkbox"/> EPS <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>			
El menor presenta actualmente alguna discapacidad. (Marcar con una X)		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuál: _____			
El menor presenta actualmente alguna enfermedad. (Marcar con una X)		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuál: _____			
El menor ha asistido anteriormente a servicios psicológicos. (Marcar con una X)		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál fue el motivo? :			

2. ANTECEDENTES		
		Personales (Del estudiante)
Alergias:(indicar)		
Cirugías:(indicar)		
Enfermedades anteriores: TBC, VIH, asma, diabetes, cáncer, gastritis, artrosis, etc.(indicar)		
Problemas psicológicos anteriores: ansiedad, depresión, bulimia, anorexia, adicciones, etc. (indicar)		
Intolerancias: (indicar)		
Grupo sanguíneo y factor Rh:		
Otra información que considere relevante compartir:		



3. INMUNIZACIONES

Vacunas	Dosis/ Fecha				
DT (tétanos y difteria)					
SR (doble viral: contra el sarampión y la rubéola)					
HB (vacuna contra la hepatitis B)					
FA (vacuna contra la fiebre amarilla)					
COVID: (vacuna)					
Otras: _____ (indicar)					

4. PESO Y TALLA

Peso:	KG	Talla:	CM
-------	----	--------	----

5. DOCUMENTOS ENTREGADOS

(El padre/madre de familia debe entregar estos documentos el primer día de clases)

Documentos	Entregado a la escuela (marcar con un X)
Certificado de salud original (con firma y sello del médico). °1	
Resultados del análisis parasitológico seriado	
Resultados del análisis hematológico completo	
Resultado de Grupo Sanguíneo.	
Resultados del análisis de esputo (BK)	
Tarjeta de vacunación actualizada	
Esquema De COVID 19 Y Otros	
Receta médica y/o prescripción médica (en caso de tratamiento médico, medicamentos,etc.)	



6. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

DECLARO que mi hijo (a) tiene las siguientes alergias y/o intolerancias a los siguientes alimentos:

- a) Pescados ()
- b) Mariscos ()
- c) Carnes ()
- d) Intolerancia a la lactosa ()
- e) Otras (indicar) () _____
- f) Ninguna ()

Asimismo, informo que mi hijo(a) es:

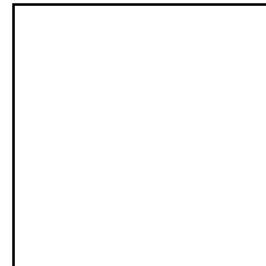
- a) Vegetariano ()
- b) Vegano ()
- c) Ninguno ()

Observaciones sobre la alimentación de mi hijo(a):

DECLARO que mi hijo(a) tiene las siguientes alergias y/o intolerancias a los siguientes medicamentos:

1. _____
2. _____

Firma



(Nombre del padre/madre de familia)

Huella
digital



GOBIERNO
REGIONAL
DEL CALLAO

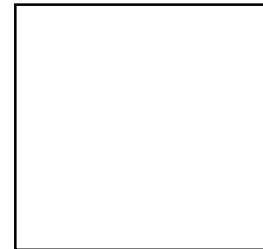
DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____, identificado con DNI _____, domiciliado en _____, en mi calidad de padre/madre /apoderado de familia del estudiante _____, identificado con DNI _____, con _____ años de edad, quien cursará estudios en la “Escuela de Talentos N°5143”; declaro que ~~esta~~ la información consignada en el presente **documento sobre el estado de salud** de mi menor hijo(a) se ajustan a la verdad. Asimismo, adjunto la documentación que sustenta lo declarado.

Fecha: _____ / _____ / 2026

FIRMA

(Nombre del parente/madre de familia)



Huella
digital