

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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
Grado		Sección		
Nombre del padre/madre y/o apoderado:				N.º de teléfono fijo y celular (puede colocar más de uno)
Padre		Vive <input type="checkbox"/>	No vive <input type="checkbox"/>	
Madre		Vive <input type="checkbox"/>	No vive <input type="checkbox"/>	
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: _____	
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)	Familiares
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 | () |

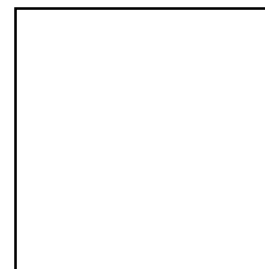
Observaciones sobre la alimentación de mi hijo(a):

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

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 ~~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 padre/madre de familia)



Huella
digital