



PERÚ

Ministerio de Educación



"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Diálogo y Reconciliación Nacional"

FORMATO 5

FICHA INTEGRAL DE SALUD COAR 2018

Grado	
Sección	
Código	

1. DATOS DEL ESTUDIANTE							
Apellidos y nombres:							
Sexo (marcar con una x)		Fecha de nacimiento	DNI	Procedencia	Dirección actual	N.º de celular	
M	F						
Nombre del padre/madre y/o apoderado:					N.º de celular		
Padre				Vive	No vive		
Madre				Vive	No vive		
Apoderado							
¿Con quién vive el estudiante? (marcar con una x)		Padre () Madre () Hermanos () Abuelos () Tíos () Otros () 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"/> FFAA <input type="checkbox"/> EPS <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>					
Presenta alguna discapacidad (marcar con una x)		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuál: _____					
Presenta alguna enfermedad (marcar con una x)		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuál: _____					



PERÚ

Ministerio de Educación



“Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres”
"Año del Diálogo y Reconciliación Nacional"

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

3. INMUNIZACIONES					
Vacunas	Dosis/ fecha				
DT					
SR					
HB					
FA					
Otras: (indicar) _____					



PERÚ

Ministerio
de Educación



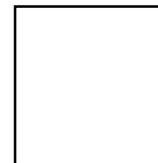
"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Diálogo y Reconciliación Nacional"

Yo, _____,
identificado con DNI _____, domiciliado en
_____, en mi calidad de padre/madre de
familia del estudiante _____, identificado con DNI
_____, con _____ años de edad; quien cursará estudios en
el Colegio de Alto Rendimiento de _____, declaro que toda
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: ____ / ____ / 2018

(Nombre del padre/madre de familia)

(Firma)



Huella
digital