



FICHA DE SALUD ESCOLAR

Válida para el año 2021

DATOS DE FILIACIÓN

Primer Apellido			Segundo Apellido			Nombre					
Fecha de Nacimiento			DNI			Peso		Talla		Sexo	
Día	Mes	Año	Grupo sanguíneo					M		F	
Nombre del Padre:						Nombre de la Madre:					
Teléfono:						Teléfono:					
En caso de ausencia contactar a:											
Teléfono:											
Parentesco/vínculo:											
Tipo de seguro del estudiante:											
ESSALUD		Autogenerado:				Hospital de atención:					
Privado		Aseguradora:				Clínica de preferencia:					
EPS		Aseguradora:				Clínica de preferencia:					
Otro, especificar:											

ANTECEDENTES PERSONALES

Información obligatoria para estudiantes de Inicial, Se debe presentar resultado de hemoglobina y tarjeta de vacunas											
Hemoglobina			¿Tiene vacunas completas?			SI		NO			
Información para todos los grados											
¿Ha tenido diagnóstico de Covid 19?			NO		SI		¿En qué fecha?				
							Día		Mes		Año
¿Presentó complicaciones?			¿Cuáles?								
NO		SI									



ENFERMEDADES DE RIESGO PARA COVID 19	Si	No	ENFERMEDADES DE RIESGO PARA COVID 19	Si	No
Hipertensión arterial			Asma		
Enfermedades cardiovasculares			Enfermedad pulmonar crónica		
Cáncer			Insuficiencia renal crónica en tratamiento o con hemodiálisis		
Diabetes Mellitus			Enfermedad inmunosupresora o autoinmune		

ENFERMEDADES CRÓNICAS (especificar el diagnóstico)	Si	No	Tratamiento médico (Adjuntar copia de informe médico)		
			Medicina	Dosis/ unidades (ml. gr.)	Pauta
Neurológicas					
Óseas					
Cardiacas					
Muscular					
Respiratorias					
Gastrointestinales					
Urinarias					
Otras, especificar:					



ALERGIAS (especificar)	Si	No	Tratamiento médico (Adjuntar copia de informe médico)		
			Medicina	Dosis/ unidades (ml. gr.)	Pauta
Alimentarias					
Medicamentosas					
Respiratorias					
De contacto					
Otras, especificar:					
INTOLERANCIAS					
Especificar:					

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS	Si	No	Especificaciones generales y fecha del evento
Operaciones			
Accidentes			

DIFICULTADES	Si	No	Especificar el diagnóstico, tratamiento o consideraciones a tomar en cuenta
Auditivas			
Visuales			
Otras			



ANTECEDENTES PERSONALES

FAMILIARES QUE VIVEN CON EL MENOR Y QUE TIENEN CONDICIONES DE RIESGO PARA COVID 19

Condición	PAPÁ	MAMÁ	ABUELOS	TIOS	PRIMOS	OBSERVACIONES
Personas mayores de 65 años						
Hipertensión Arterial						
Enfermedades cardiovasculares						
Cáncer						
Diabetes mellitus						
Asma moderada o grave						
Enfermedad pulmonar crónica						
Insuficiencia renal crónica en tratamiento o con hemodiálisis						

Firma del padre

Firma de la madre

Firma del representante legal

Fecha: _____



DECLARACIÓN JURADA DE LAS FAMILIAS EN LA LUCHA CONTRA LA ANEMIA

Yo.....
identificado con DNI N°, padre/madre/representante legal del
estudiante
Identificado con DNI N°, de la institución educativa La Molina
Christian Schools, quien cursa el nivel inicial (P3 / K4 / K5) declaró que:

NO, he hecho entrega a la IE de:

- el certificado de tamizaje de hemoglobina
- la copia de la cartilla CRED de mi hijo/a.

La Molina Christian Schools me ha informado acerca de la importancia de atender la
salud de mi hijo/a y en especial que no tenga anemia. Por ello, me comprometo a:

- realizar el descarte de anemia en los siguientes tres meses y ponerlo en
conocimiento de la directora de la institución educativa, para lo cual entregare
los documentos correspondientes.
- entregar una copia de la cartilla CRED de mi hijo/a a la brevedad posible.

Firmo en señal de compromiso,

Firma del padre/madre/representante legal