



I.E PNP "FÉLIX ROMÁN TELLO ROJAS"



FICHA DE EVALUACIÓN MÉDICA AÑO 2026

1.-DATOS DEL ESTUDIANTE

			Procedencia		
			PNP	FPNP	AC
DNI:	Carnet Familiar	Nivel:	Grado y Sección:		
Nombres:		Apellido Paterno:	Apellido Materno:		
Sexo:	Fecha de Nacimiento:		Religión que Procesa:		
Dirección:					

2.-DATOS DEL PADRE RESPONSABLE

			Situación del Padre PNP		
			ACTIVIDAD	RETIRO	FALLECIDO
Nombres:		Apellido Paterno::	Apellido Materno:		
Nº DNI:	Nº CIP:	Numero de Celular	Religión que Procesa:		
Fecha de Nacimiento:		Estado Civil:	Profesión / Ocupación		
Email:					

3.- DATOS CLINICOS

Tipo de Seguro:		Donde se Atiende:	
Sexo:		Alergia / Tipo	
Edad:		G. Sanguíneo	
Talla:		Hemoglobina	
Peso:		BK en Espudo	
Estado Nutricional:		Alergia / Tipo	

EXAMEN DE SALUD MENTAL (PSICOLOGICO)		EXAMEN MEDICO RX (Descarte de TBC)	
Observación:		Observación:	
Fecha		Fecha	
Centro Medico		Centro Médico	
Médico Tratante		Medico. Tratante	

Declaro bajo mi responsabilidad que en la actualidad mi hijo **NO** presenta **MALESTARES DE SALUD**, de presentar algún síntoma o enfermedad, especificar: _____

Adjuntar en una mica los siguientes documentos:

- Ficha Médica
- Copia de DNI Alumno
- Copia de DNI de los Padres de Familia o Apoderado
- Ficha de Seguro (público o privado)