**FORMATO 1[[1]](#footnote-1)**

**FICHA DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DE SALUD COAR 2019**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Grado** |  | **Fecha** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **DATOS DEL ESTUDIANTE** | | | | | | | | | | |
| **Apellidos y nombres:** | | | | | | | | | | |
| Sexo  (marcar con una x) | | Fecha de nacimiento | | DNI | Procedencia | Dirección actual | | | | N.° de celular |
| V | M |  | |  |  |  | | | |  |
| **Nombre del padre/madre y/o apoderado:** | | | | | | | | | N.° 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 ( ) 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 SIS FFAA EPS Otros | | | | | | | |
| El menor presenta actualmente alguna discapacidad  (marcar con una x) | | | Sí No Cuál:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| El menor presenta actualmente alguna enfermedad  (marcar con una x) | | | Sí No Cuál:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| El menor ha asistido anteriormente a servicios psicológicos  (marcar con una x) | | | Sí No 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 (Tétano y difteria) |  |  |  |  |  |
| SR (Doble viral/ contra la sarampión y la rubeola) |  |  |  |  |  |
| HB (Vacuna contra la hepatitis B) |  |  |  |  |  |
| FA (Vacuna contra la fiebre amarilla) |  |  |  |  |  |
| Otras: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (indicar) |  |  |  |  |  |
| Otras: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (indicar) |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **4. PESO Y TALLA** | |
| Peso |  |
| Talla |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **5. DOCUMENTOS ENTREGADOS (El padre/madre de familia debe entregar estos documentos el primer día de clases)** | |
| **Documentos** | **Entregado al COAR (marca con un aspa)** |
| Certificado de salud (con firma y sello del médico) |  |
| Resultados del análisis parasitológico seriado |  |
| Resultados del análisis hematológico completo |  |
| Resultados del análisis de esputo |  |
| Resultados del análisis de glucosa |  |
| Resultados del análisis del colesterol |  |
| Resultados del análisis de orina |  |
| Tarjeta de vacunación actualizada |  |
| Receta médica y/o prescripción médica (caso tratamiento médico, medicamentos, etc.) |  |

**6. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

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

1. Pescado ( )
2. Marisco ( )
3. Carnes ( )
4. Intolerancia a lactosa ( )
5. Otras (indicar) ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Ninguna ( )

Asimismo, informo que mi hijo (a) es:

1. Vegetariano ( )
2. Vegano ( )
3. 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. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CARTA DE AUTORIZACIÓN**

**PARA LA EVALUACIÓN PSICOLOGICA DE MI HIJO (A)**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado con DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y domiciliado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en mi calidad de (madre/padre/apoderado) del estudiante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_ años de edad. Autorizo a la Dirección General del Colegio de Alto Rendimiento (COAR) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para que la Dirección de Bienestar y Desarrollo Integral del Estudiante, realice las evaluaciones psicológicas pertinentes a mi menor hijo (a), y en caso se advierta la necesidad de recibir un tratamiento especializado, me comprometo a:

1. Acompañar a mi hijo (a) para que reciba las atenciones correspondientes, y asumir los costos que dicho tratamiento o rehabilitación requiera.
2. Asimismo, entregaré a las autoridades del COAR la documentación que certifique la atención y tratamientos recibidos, según sus recomendaciones.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nombre del Padre/Madre)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2019

(Ciudad) (Día) (Mes)

Huella digital

**DECLARACIÓN JURADA**

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: \_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_/ 2019

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nombre del padre/madre de familia) (Firma)

Huella

digital

1. Completar información con letra clara y legible [↑](#footnote-ref-1)