



FICHA DE ENFERMERIA - TOPICO

Datos del Alumno

GRADO DE ESTUDIO 2027

Nombres		Apellido Paterno		Apellido Materno	
Fecha Nac.: / /		DNI:		Lugar de nacimiento	
Domicilio		Urbanización		Nacionalidad:	
Referencia del domicilio		Distrito		Teléfono fijo del domicilio	
Vive con: Papá ☐ Mamá ☐		Ambos padres ☐ Apoderado ☐			

Datos de los Padres y/o apoderado

PADRE

Nombre		Apellido paterno		Apellido materno	
DNI		Teléfono fijo		celular	
correo electrónico					

MADRE

Nombre		Apellido paterno		Apellido materno	
DNI		Teléfono fijo		celular	
correo electrónico					

Personas de contacto en caso de emergencia:

Se debe colocar obligatoriamente los datos de por lo menos dos personas de contacto en caso de emergencia, distintas a las personas designadas en el punto anterior (padre madre y/o apoderado)

1	Apellidos	Nombre	Parentesco
	Teléfono fijo	celular	celular
2	Apellidos	Nombre	Parentesco
	Teléfono fijo	celular	celular
3	Apellidos	Nombre	Parentesco
	Teléfono fijo	celular	celular

Información médica del alumno

Peso actual _____ Estatura actual _____ Tipo de sangre _____

Alergias: SI ☐ NO ☐ Cuáles? Alimentaria _____ Medicamentos _____¿Ha tenido o tiene alguna enfermedad que usted considere necesario que la institución esté enterada? SI ☐ NO ☐¿Cuál? _____ Toma algún medicamento SI ☐ NO ☐

¿Cuál? _____

En caso de golpe o malestar autorizo aplicar:

Ungüento para golpes ☐ Compresa caliente o fría ☐ Infusiones ☐
Elixir estomacal ☐ Vinagre Bully ☐ Ninguna de las anteriores ☐

- Si el estudiante persiste con el malestar o dolor nos comunicaremos con los padres o contacto de emergencia

CUENTA CON SEGURO FAMILIAR

ESSALUD ☐ SIS ☐ CLÍNICA PARTICULAR ☐ EPS ☐ SEGURO PARTICULAR ☐

¿Cuál? _____

Yo, _____, con DNI _____ padre / madre /

apoderado del alumno _____, declaro bajo juramento que la información en este documento es verdadera y relevo de responsabilidad a la institución en caso ello no sea así.



Firma

Huella Digital