



PERÚ

Ministerio  
de EducaciónDespacho  
Viceministerial de  
Gestión PedagógicaDirección General de  
Servicios Educativos  
EspecializadosDirección de Educación  
Básica para Estudiantes  
con Desempeño Sobresaliente  
y Alto Rendimiento*Mejores  
peruanos  
Siempre*FORMATO N.º 1<sup>1</sup>

## FICHA DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS DE SALUD COAR 2019

Grado		Fecha	
-------	--	-------	--

1. DATOS DEL ESTUDIANTE							
<b>Apellidos y nombres:</b>							
Sexo (marcar con una x)		Fecha de nacimiento	DNI	Procedencia	Dirección actual	N.º de celular	
V	M						
<b>Nombre del padre/madre y/o apoderado:</b>					N.º de teléfono fijo y celular (puede colocar más de uno)		
Padre				Vive	No vive		
Madre				Vive	No vive		
Aporado							
¿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"/> FF. AA. <input type="checkbox"/> EPS <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>					
El menor presenta actualmente alguna discapacidad. (Marcar con una x)		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuál: _____					
El menor presenta actualmente alguna enfermedad. (Marcar con una x)		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuál: _____					
El menor ha asistido anteriormente a servicios psicológicos. (Marcar con una x)		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuál fue el motivo: _____					

<sup>1</sup> Completar información con letra clara y legible.

**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 (tétanos y difteria)					
SR (doble viral/ contra la sarampión y la rubeola)					
HB (vacuna contra la hepatitis B)					
FA (vacuna contra la fiebre amarilla)					



PERÚ

Ministerio de Educación

Despacho Viceministerial de Gestión Pedagógica

Dirección General de Servicios Educativos Especializados

Dirección de Educación Básica para Estudiantes con Desempeño Sobresaliente y Alto Rendimiento

Mejores peruanos Siempre

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 (en caso de tratamiento médico, medicamentos, etc.)	



## 6. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

- a) Pescados ( )
- b) Mariscos ( )
- c) Carnes ( )
- d) Intolerancia a la lactosa ( )
- e) Otras (indicar) ( ) \_\_\_\_\_
- f) Ninguna ( )

Asimismo, informo que mi hijo(a) es:

- a) Vegetariano ( )
- b) Vegano ( )
- c) 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. \_\_\_\_\_



PERÚ

Ministerio  
de Educación

Despacho  
Viceministerial de  
Gestión Pedagógica

Dirección General de  
Servicios Educativos  
Especializados

Dirección de Educación  
Básica para Estudiantes  
con Desempeño Sobresaliente  
y Alto Rendimiento

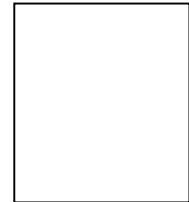
Mejores  
peruanos  
Siempre

## CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA 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:

- a) Acompañar a mi hijo(a) para que reciba las atenciones correspondientes y asumir los costos que dicho tratamiento o rehabilitación requiera.
- b) 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



PERÚ

Ministerio  
de Educación

Despacho  
Viceministerial de  
Gestión Pedagógica

Dirección General de  
Servicios Educativos  
Especializados

Dirección de Educación  
Básica para Estudiantes  
con Desempeño Sobresaliente  
y Alto Rendimiento

Mejores  
peruanos  
Siempre

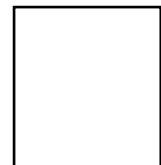
## DECLARACIÓN JURADA

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