



I.E PNP "FÉLIX ROMÁN TELLO ROJAS"

FICHA DE EVALUACIÓN MÉDICA AÑO 2025

PNP FPNP AC

1.-DATOS DEL ESTUDIANTE

SEGURO MEDICO / Nº REG			
APELLIDOS:			
NOMBRES:			
DNI:			
FECHA DE NACIMIENTO:			
LUGAR DE NACIMIENTO:	REGION:	PROVINCIA:	DISTRITO:
DIRECCION			

Condición de Matrícula:	
Año de Matrícula:	
Nivel Académico:	
Grado:	

Apoderado:	
CIP/DNI	
Teléfono:	
Celular:	

2.- DATOS CLINICOS

Sexo:	
Edad:	
Talla:	
Peso:	
Estado Nutricional:	

Alergia / Tipo	
G. Sanguíneo	
Hemoglobina	
BK en esputo	

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)