





CENTRO EDUCATIVO PARTICULAR  
**“Santa Rosa de Lima”**



AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO OFICIAL:  
INICIAL: RD N° 3129-2003; 4988-2016 / PRIMARIA RM N° 5214-1927 / SECUNDARIA RD N° 0593-1978

**E. ENFERMEDADES:**

La estudiante padece de alguna enfermedad marque con una X

- |                                     |                          |                                  |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| Asma                                | <input type="checkbox"/> | Diabetes                         | <input type="checkbox"/> |
| problemas de las vías respiratorias | <input type="checkbox"/> | Problemas de alimentación        | <input type="checkbox"/> |
| Dolor de cabeza                     | <input type="checkbox"/> | Infecciones recurrentes del oído | <input type="checkbox"/> |
| Problemas cardiacos                 | <input type="checkbox"/> | Convulsiones y ataques           | <input type="checkbox"/> |
- Otras enfermedades (especifiquen):

En caso de tener algunos de los padecimientos anteriores, indique el tratamiento a seguir, en caso que se presente alguna crisis: .....

**Conteste las siguientes preguntas de su menor hija, si su respuesta es afirmativa explique por favor:**

- ¿Presenta alguna enfermedad o problemas dermatológicas?  
.....  
.....
- ¿Se hospitalizo alguna vez por qué?  
.....  
.....
- ¿Ha presentado algún padecimiento o enfermedad infecciosa recientemente? En los últimos (3 meses)  
.....  
.....
- ¿La estudiante recibe algún tratamiento médico? (¿Anexe explicación detallada aparte, indicando el nombre del medicamento, la dosis que debe de tomar, el horario que se debe de seguir y la razón por lo cual está en el tratamiento?  
.....  
.....
- ¿La estudiante tiene algún impedimento físico que limite participar de alguna actividad al aire libre, si es si explique?  
.....  
.....
- ¿La estudiante se ha desmayado o sentido mareado durante o después de hacer ejercicios?  
.....  
.....
- ¿Su familia ya se vacunaron contra la COVID19, Tuvo alguna complicación?  
.....  
.....



**CENTRO EDUCATIVO PARTICULAR**  
**“Santa Rosa de Lima”**



AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO OFICIAL:  
 INICIAL: RD N° 3129-2003; 4988-2016 / PRIMARIA RM N° 5214-1927 / SECUNDARIA RD N° 0593-1978

**F. HISTORIAL DE VACUNACIÓN:**

TIPO	ULTIMA FECHA	TIPO	ULTIMA FECHA
Tifoidea		DPT - Pentavalente	
Hepatitis A		Antisarampionosa	
Polio		otros	

En caso de no poder contactarnos con ustedes y de ser necesaria la administración de algún analgésico o antipirético (fiebre), autoriza usted a la administración del mismo como:

Paracetamol  Ibuprofeno

**IV. SITUACIÓN FAMILIAR:** Marque con una X

- ¿Hubo algún acontecimiento que pueda haber influido, especialmente, en la vida de su hija?  
 Enfermedades  Muerte de un familiar  Ausencia del padre   
 Dificultades económicas  Separación o divorcio de los padres
- ¿Qué pautas educativas se siguen con relación a las buenas y malas conductas?:  
 Premios  Castigos  Elogios  Diálogo  Comentarios  Otros
- ¿Qué actitud hay en la familia con respecto a su hija?  
 Sobreprotección  Exigencia  Resignación  Frustración  Ansiedad   
 Indiferencia  Comprensión  Aceptación o rechazo  Otros

**V. PERSONALIDAD DE LA ESTUDIANTE:** Marque con una X

Su hija es:

Alegre		Cariñosa		Insegura		Agresiva		Organizada	
Dependiente		Tímida		Tranquila		Sociable		Se aísla	
Segura		Obediente		Desobediente		Nerviosa		Comunicativa	
Perseverante		Independiente		Inconstante		Resignada		Se encuentra triste	

**VI. CONDUCTA:** Marque con una X

CONDUCTAS INADAPTATIVAS		SI	NO	CONDUCTAS INADAPTATIVAS		SI	NO	CONDUCTAS INADAPTATIVAS		SI	NO
¿Se come las uñas?				¿Se succiona los dedos?				¿Se muerde el labio?			
¿Le sudan las manos?				¿Le tiemblan las manos y piernas?				¿Agrede a las personas sin motivo?			

➤ Su hija tiene problemas de:

Problemas de alimentación		sueño		concentración		Indisciplina (irritabilidad, hiperactividad)		Otros.	
---------------------------	--	-------	--	---------------	--	--	--	--------	--

.....  
Nombre de quién lleno la ficha

.....  
Firma

Cusco.....de enero del 2022