



FICHA SOCIAL

Para ser llenado por el Equipo de Recursos Humanos:

Fecha de Ingreso: N° de Contrato:

Unidad/ Sub Unidad/ Servicio:

Cargo: Remuneración:

FOTO

Para ser llenado por el Trabajador:

Datos Personales

Apellidos: Nombres: Sexo: M F

Nacionalidad: Fecha de nacimiento: Edad:

DNI: Carné de Extranjería: N° Lic de Conducir:

Estado Civil: Soltero(a) Conviviente Casado(a) Separado(a) Viudo(a) Divorciado N° de hijos:

Domicilio actual: Distrito:

Teléfonos (fijo y celular): Correo electrónico:

RUC:

En caso de emergencia comunicarse al teléfono: Persona a contactar:



Datos Familiares

Núcleo Familiar							¿Vive con Ud.?	
N°	Apellidos y nombres	Parentesco	Fecha de nacimiento	Estado civil	Grado de instrucción	Profesión	Sí	No
1		Cónyuge o Conviviente						
2		Hijo(a)						
3		Hijo(a)						
4		Hijo(a)						
5		Hijo(a)						

							¿Depende económicamente de Ud.?	
N°	Apellidos y nombres	Parentesco	Fecha de nacimiento o Edad	Estado civil	Grado de instrucción	Profesión	Sí	No
1		Madre						
2		Padre						
3		Hermano(a)						
4		Hermano(a)						
5		Hermano(a)						

Datos de Educación

Centro de Estudios	Grado de instrucción	Año cursado	Título Obtenido	Observaciones

Datos de Vivienda y Comunidad

Ubicación: Residencial/Urbanización AA.HH Cooperativa/Agrup./Asociación Otros _____

Tenencia: Propia Alquilada Guardianía Invasión Familiar Otros _____

Material: Noble Madera Adobe Esteras Quincha Mixto Otros _____

Servicios: Luz Agua Desague Teléfono Cable Internet Otros _____

Problemas sociales que ocurren en su comunidad:

Drogadicción Pandillas Robos Alcoholismo Otros _____

Datos de Salud

Alergias:

BETALACTAMICOS Sí No

(Penicilina - Cefalosporinicos)

ANALGÉSICOS - ANITI - INFLAMATORIOS Sí No

(Kerololaco - Diclofenaco - Ibuprofeno)

OTRAS : Sí No

Enfermedades:

DIABETES Sí No

HIPERTENSIÓN Sí No

ASMA Sí No

EPILEPSIA Sí No

OTRAS: Sí No

Medicamentos:

Indique que medicamentos toma actualmente:

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

Grupo Sanguíneo: _____

Datos Económicos

Ingreso promedio mensual (en soles):

Trabajador: _____ Cónyugue: _____ Otros: _____

Egresos promedio mensual (en soles):

S e r v i c i o s	Agua	
	Luz	
	Teléfono	
	Cable	
	Internet	
	Otros	
	Total:	

F a m i l i a r	Alimentación	
	Medicamento	
	Vestimenta	
	Educación	
	Movilidad	
	Otros	
	Total:	

O t r o s	Deudas Financieras	
	Seguro de Salud	
	Seguro de Vida	
	Seguro de Sepelio	
	Vehículo	
	Otros	
Total:		

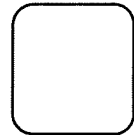
Declaración Jurada:

Confirmo la exactitud y la veracidad de las declaraciones, antes expresadas que nada he ocultado, omitido o disimulado, siendo el único responsable de la información remitida, y autorizo a que sean investigados para los fines que el Instituto Nacional de Salud del Niño - San Borja convenga.

Apellidos y Nombres: _____

Firma

San Borja, de de 20



Huella Digital

