



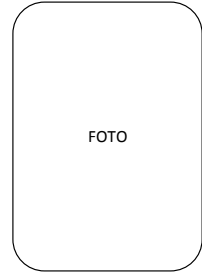
## FICHA SOCIAL

### Para ser llenado por el Equipo de Recursos Humanos:

Fecha de Ingreso:  N° de Contrato:

Unidad/ Sub Unidad/ Servicio:

Cargo:  Remuneración:



### 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:  Banco: Indique usted el N° de Cta. del Banco de la Nación  SI  NO N°:

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

#### Datos Familiares

##### Núcleo Familiar

N°	Apellidos y nombres	Parentesco	Fecha de nacimiento	Estado civil	Grado de instrucción	Profesión	¿Vive con Ud.?	
							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	¿Depende económicamente de Ud.?	
							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

<b>Alergias:</b> BETALACTAMICOS (Penicilina - Cefalosporinicos) ANALGÉSICOS - ANITI - INFLAMATORIOS (Kerololaco - Diclofenaco - Ibuprofeno) OTRAS : _____	Si <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Enfermedades:</b> DIABETES HIPERTENSIÓN ASMA EPILEPSIA OTRAS: _____	Si <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Medicamentos:</b> Indique que medicamentos toma actualmente: 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
--	---	---	---	---	---	--

Grupo Sanguíneo: \_\_\_\_\_

### Datos Económicos

**Ingreso promedio mensual (en soles):**  
 Trabajador:  Cónyuge:  Otros:

**Egresos promedio mensual (en soles):**

S e r v i c i o s	Agua	<input type="text"/>
	Luz	<input type="text"/>
	Teléfono	<input type="text"/>
	Cable	<input type="text"/>
	Internet	<input type="text"/>
	Otros	<input type="text"/>
	<b>Total:</b>	<input type="text"/>

F a m i l i a r	Alimentación	<input type="text"/>
	Medicamento	<input type="text"/>
	Vestimenta	<input type="text"/>
	Educación	<input type="text"/>
	Movilidad	<input type="text"/>
	Otros	<input type="text"/>
	<b>Total:</b>	<input type="text"/>

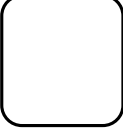
O t r o s	Deudas Financieras	<input type="text"/>
	Seguro de Salud	<input type="text"/>
	Seguro de Vida	<input type="text"/>
	Seguro de Sepelio	<input type="text"/>
	Vehículo	<input type="text"/>
	Otros	<input type="text"/>
	<b>Total:</b>	<input type="text"/>

### 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 2017



Huella Digital