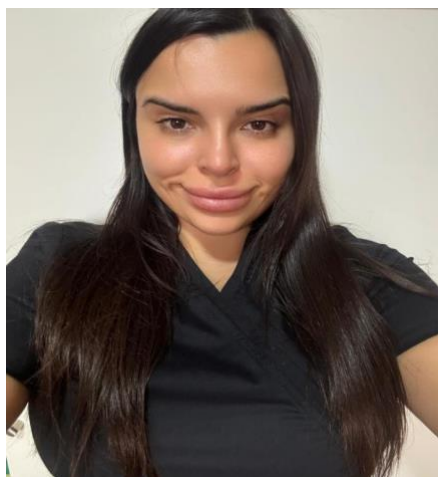


FICHA CAMPO CLINICO

Estudiante de Medicina
Universidad de Chile



Información Estudiante

Nombre Completo	Karina Danae Espinoza Lema
Rut	18.593.280-k
Fecha Nacimiento (DD/MM/AA)	26/08/1993
Domicilio	Los Alpes 715
Comuna	La Granja
Celular	978801668
Correo Electrónico	Karina.espinoza@ug.uchile.cl
Antecedentes Médicos Relevantes (Enfermedades, lesiones, alergia)	TDA, Trastorno depresivo mayor en regresión
Fármacos de uso habitual	Samexid, clotiazepam

Información de Contacto en caso de Emergencia

Nombre Completo	Blanca Iris Lema Méndez
Celular	944497358

Vínculo (mamá, papá, tutor, etc.)	Mamá
--------------------------------------	------

Carnet de Identidad:

Fotocopia de cédula de identidad por ambos lados, legible y clara. Se recomienda ocultar el número de documento. Se debe actualizar esta documentación en caso de vencimiento.



Vacuna Hepatitis B:

Certificado o Carnet que registre las 3 dosis administradas.

HOSPITAL CLINICO
UNIVERSIDAD DE CHILE

HORARIO DE ATENCIÓN VACUNATORIO HCUCH
Lunes a viernes entre las 8:30 a 13:00 horas y 14:00 a 16:30 horas

CONTACTO:
Teléfono: 22978 8822 - Email: vacunatorio@hcucl.cl
Santos Dumont 999, Independencia, 1° piso, sector B

HOSPITAL CLINICO
UNIVERSIDAD DE CHILE

REGISTRO DE INMUNIZACIONES EMPRESAS

REGISTRO DE INMUNIZACIONES

	1 ^{ra} dosis	2 ^a dosis	3 ^{ra} dosis	Refuerzo
Hepatitis B	22/04/19	30/05/19	30/05/19	
Influenza				
Otra				

ES IMPORTANTE QUE RECUERDES:

- Las vacunas pueden ocasionar efectos secundarios transitorios, como aumento de temperatura (fiebre), de volumen, enrojecimiento de la piel y dolor en el sitio de punción.
- Los efectos secundarios pueden aparecer a las pocas horas e incluso hasta una semana posterior a la colocación de la vacuna.

INDICACIONES:

- La persona vacunada debe ingerir abundante líquido.
- Coloque compresas frías (no congeladas) en la zona de punción para ayudar a aliviar el dolor que pudiese presentar.
- En caso de fiebre (temperatura superior a 37,5 °C), administrar antipirético recomendado por su médico tratante.

Nombres: Karina

Apellidos: Espinoza Lema

RUT: 18.593.280-K Teléfono:

Institución o empresa: Familia

Vacuna Influenza:

FOLIO: 3587219



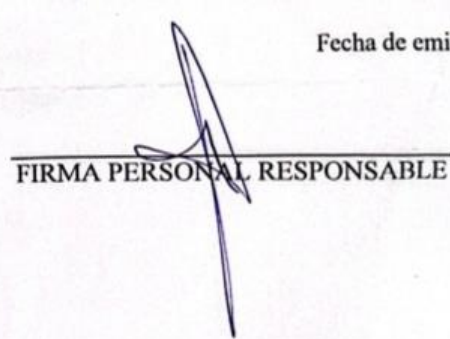
REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Nombre: **KARINA DANAE ESPINOZA LEMA**
Documento: **RUN 18593280K**
Fecha de Nacimiento: **26-08-1993**
Edad: **31 años 11 meses 12 días**

Fecha de Vacunación	Vacuna	Dosis	Lote	Establecimiento
09-04-2025	Influenza 2025	Única (0,5 ml)	CA202501008	Centro de Salud Familiar Granja Sur
07-08-2025	Moderna JN.1	Unica	811020A	Centro de Salud Familiar Salvador Bustos

Como lo establece el Programa Nacional de Inmunizaciones del Ministerio de Salud de Chile

Fecha de emisión: 07-08-2025 11:09
VACUNATORIO COMUNAL
ÑUÑO A
Juan Moya 1320, Ñuñoa



FIRMA PERSONAL RESPONSABLE

TIMBRE ESTABLECIMIENTO

1/1



ESCUELA DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

para el ingreso en los campos clínicos. **Este certificado se actualiza anualmente.**

Vacuna COVID:

El certificado de vacunación COVID debe ser actualizado según norma ministerial. Para el año en curso, debe contar con su dosis monovalente administrada.


GOBIERNO DE CHILE

FOLIO: 3587219

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Nombre: **KARINA DANAE ESPINOZA LEMA**
Documento: **RUN 18593280K**
Fecha de Nacimiento: **26-08-1993**
Edad: **31 años 11 meses 12 días**

Fecha de Vacunación	Vacuna	Dosis	Lote	Establecimiento
09-04-2025	Influenza 2025	Única (0,5 ml)	CA202501008	Centro de Salud Familiar Granja Sur
07-08-2025	Moderna JN.1	Única	811020A	Centro de Salud Familiar Salvador Bustos

Como lo establece el Programa Nacional de Inmunizaciones del Ministerio de Salud de Chile

Fecha de emisión: 07-08-2025 11:09
VACUNATORIO COMUNAL
ÑUÑO A
Juan Moya 1320, Ñuñoa


FIRMA PERSONAL RESPONSABLE

TIMBRE ESTABLECIMIENTO

1/1