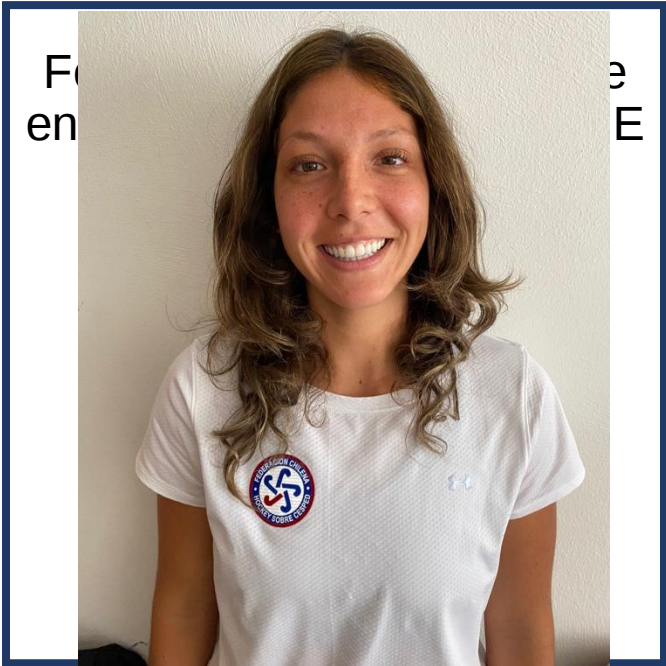


# FICHA CAMPO CLINICO

Estudiante de Medicina  
Universidad de Chile



## Información Estudiante

|                                                                      |                             |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Nombre Completo                                                      | Antonia Morales Orchard     |
| Rut                                                                  | 19.636.838-8                |
| Fecha Nacimiento (DD/MM/AA)                                          | 31/07/1997                  |
| Domicilio                                                            | Santa María 6270            |
| Comuna                                                               | Vitacura                    |
| Celular                                                              | +56994792989                |
| Correo Electrónico                                                   | antoniamorales@ug.uchile.cl |
| Antecedentes Médicos Relevantes<br>(Enfermedades, lesiones, alergia) |                             |
| Fármacos de uso habitual                                             |                             |

## Información de Contacto en caso de Emergencia

|                                      |                     |
|--------------------------------------|---------------------|
| Nombre Completo                      | Francisca Orchard H |
| Celular                              | +56990510544        |
| Vínculo<br>(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.

- 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: Antonia Iguaña

Apellidos: Morales Orchard

RUT: 19.636.838-8 Teléfono: \_\_\_\_\_

Institución o empresa: HCUCH

Medicina

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: [vacunatorioghcucl@uc.cl](mailto:vacunatorioghcucl@uc.cl)  
Santos Dumont 999, Independencia, 1º piso, sector B

Cód.: 73.5829

HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE

REGISTRO DE INMUNIZACIONES  
EMPRESAS

Santos Dumont 999, Independencia 22978 8000 - [www.redibolsa.cl](http://www.redibolsa.cl)

| REGISTRO DE INMUNIZACIONES |                       |                      |                       |
|----------------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|
|                            | 1 <sup>ra</sup> dosis | 2 <sup>a</sup> dosis | 3 <sup>ra</sup> dosis |
| Hepatitis B                |                       |                      |                       |
| Influenza                  |                       |                      |                       |
| Otra                       |                       |                      |                       |
|                            | 1 <sup>ra</sup> dosis | 2 <sup>a</sup> dosis | 3 <sup>ra</sup> dosis |
|                            |                       |                      | Refuerzo              |

# Vacuna Influenza:

La campaña de vacunación comienza en el mes de marzo y es necesario que se vacune antes del 30 de junio del presente año, ya que a contar del 1 de julio la vacuna del año anterior no tendrá validez para el ingreso en los campos clínicos. **Este certificado se actualiza anualmente.**



**COMPROBANTE DIGITAL DE VACUNACIÓN DE CHILE**  
*Chile's Digital Vaccination Voucher*  
Influenza 2024

Apellidos / Last Name:  
**MORALES ORCHARD**

Nombres / First and Middle Name:  
**ANTONIA IGNACIA**

N° de Documento / Document ID:  
**RUN 19.636.838-8**

Fecha de Nacimiento / Date of Birth:  
**31/07/1997**



Escaneando este QR se verifica el estado de su vacunación

## Esquema: Dosis única

### 1° dosis

Laboratorio fabricante / Manufacturer:

**Abbott**

Vacuna administrada / Vaccine product:

**Influvac**

Lote o serie / Lot or series:

**H01**

Fecha de vacunación / Vaccination date:

**20 marzo 2024**

Vacunatorio / Vaccination center:

**Hospital Clínico Universidad de Chile,  
Independencia Region Metropolitana de  
Santiago**



# 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.



## PASE DIGITAL DE VACUNACIÓN DE CHILE

Chile's Digital Vaccination Pass

Campaña SARS-CoV-2

**SOLO USO  
NACIONAL**

Apellidos / Last Name:

**MORALES ORCHARD**

Nombres / First and Middle Name:

**ANTONIA IGNACIA**

N° de Documento / Document ID:

**RUN 19.636.838-8**

Fecha de Nacimiento / Date of Birth:

**31/07/1997**



Escaneando este QR se verifica  
el estado del Pase de Movilidad

### Esquema: Sinovac

#### 1° dosis

Laboratorio fabricante / Manufacturer:

**Sinovac Life Science**

Vacuna administrada / Vaccine product:

**CoronaVac**

Lote o serie / Lot or series:

**2021050020**

Fecha de vacunación / Vaccination date:

**09 junio 2021**

Vacunatorio / Vaccination center:

**Clínica Las Condes, Las Condes Region  
Metropolitana de Santiago**

#### 2° dosis

Laboratorio fabricante / Manufacturer:

**Sinovac Life Science**

Vacuna administrada / Vaccine product:

**CoronaVac**

Lote o serie / Lot or series:

**2021060811**

Fecha de vacunación / Vaccination date:

**09 julio 2021**

Vacunatorio / Vaccination center:

**Centro de Salud Familiar Apoquindo, Las  
Condes Region Metropolitana de  
Santiago**

### Refuerzo:

#### Refuerzo

Laboratorio fabricante / Manufacturer:

**Pfizer BioNTech**

Vacuna administrada / Vaccine product:

**BNT162b2**

Lote o serie / Lot or series:

**FJ8763**

Fecha de vacunación / Vaccination date:

**11 noviembre 2021**

Vacunatorio / Vaccination center:

**Centro de Salud Familiar Apoquindo, Las  
Condes Region Metropolitana de  
Santiago**

# 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.

## Refuerzo

Laboratorio fabricante / Manufacturer:

**Pfizer BioNTech**

Vacuna administrada / Vaccine product:

**BNT162b2**

Lote o serie / Lot or series:

**FN1672**

Fecha de vacunación / Vaccination date:

**16 marzo 2022**

Vacunatorio / Vaccination center:

**Centro de Salud Familiar Apoquindo, Las  
Condes Region Metropolitana de  
Santiago**

## Refuerzo

Laboratorio fabricante / Manufacturer:

**Moderna**

Vacuna administrada / Vaccine product:

**Spikevax Bivalente**

Lote o serie / Lot or series:

**015J22A**

Fecha de vacunación / Vaccination date:

**05 abril 2023**

Vacunatorio / Vaccination center:

**Centro de Salud Familiar Dr. Alfonso  
Leng, Providencia Region Metropolitana  
de Santiago**

## Refuerzo

Laboratorio fabricante / Manufacturer:

**Moderna**

Vacuna administrada / Vaccine product:

**Spikevax XBB.1.5**

Lote o serie / Lot or series:

**021J23A**

Fecha de vacunación / Vaccination date:

**10 abril 2024**

Vacunatorio / Vaccination center:

**Hospital Clínico Universidad de Chile,  
Independencia Region Metropolitana de  
Santiago**

