

# FICHA CAMPO CLINICO

Estudiante de Medicina  
Universidad de Chile



## Información Estudiante

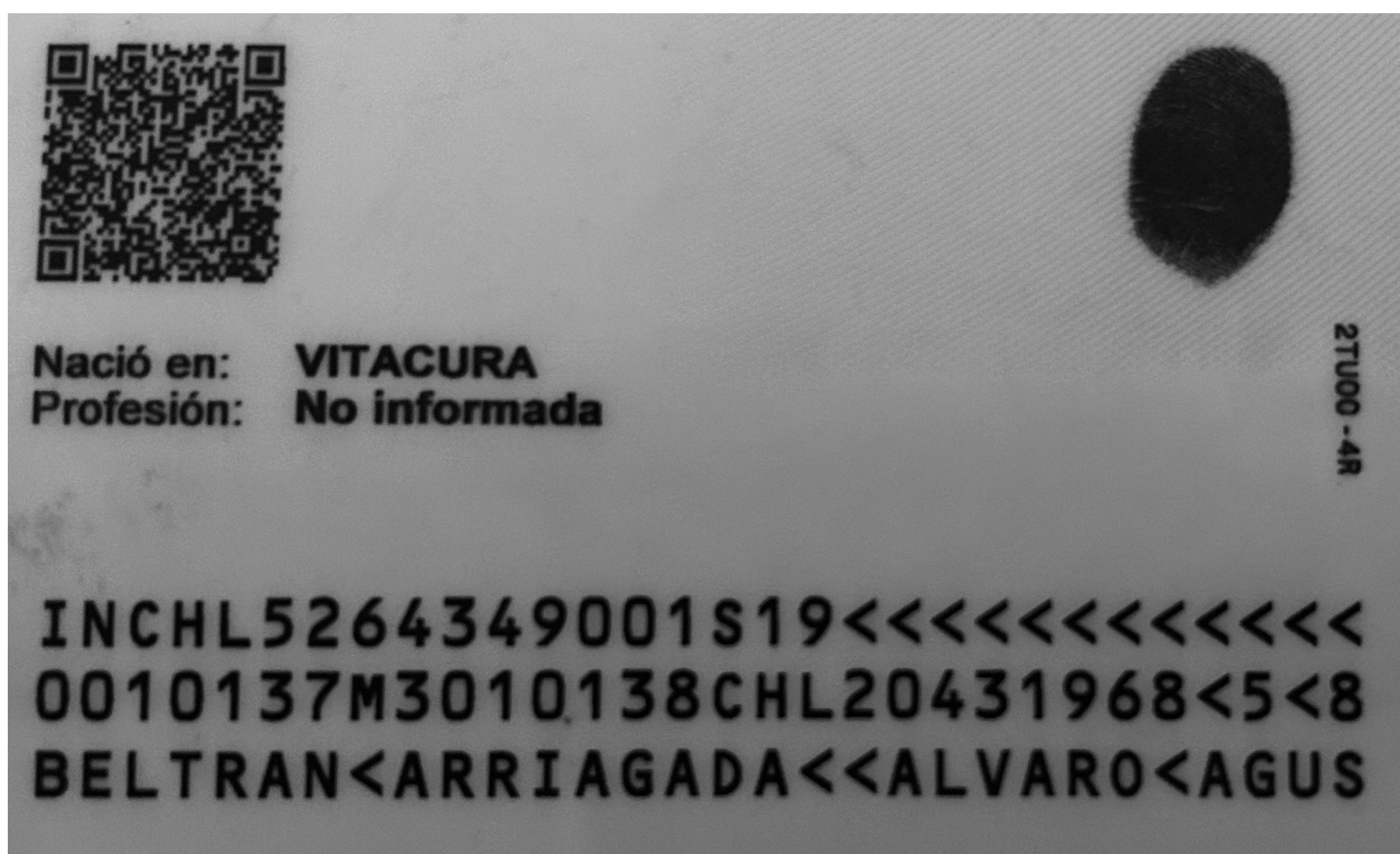
|                                                                      |                                  |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Nombre Completo                                                      | Álvaro Agustín Beltrán Arriagada |
| Rut                                                                  | 20.431.968-5                     |
| Fecha Nacimiento (DD/MM/AA)                                          | 13/10/2000                       |
| Domicilio                                                            | Crescente Errázuriz 1140         |
| Comuna                                                               | Ñuñoa                            |
| Celular                                                              | 9 4567 0672                      |
| Correo Electrónico                                                   |                                  |
| Antecedentes Médicos Relevantes<br>(Enfermedades, lesiones, alergia) | * No obligatorio                 |
| Fármacos de uso habitual                                             | * No obligatorio                 |

## Información de Contacto en caso de Emergencia

|                                      |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| Nombre Completo                      | Yovana Elizabeth Arriagada Márquez |
| Celular                              | 9 5080 1760                        |
| Vínculo<br>(mamá, papá, tutor, etc.) | Madre                              |

## 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.



REPÚBLICA DE CHILE

MINISTERIO DE SALUD

**CERTIFICADO DE VACUNACIÓN**

FOLIO: 1760000

Certifícase que ALVARO AGUSTIN BELTRAN ARRIAGADA ,nacido el 13-10-2000 ,sexo Hombre ,  
Cédula nacional de identidad o Pasaporte N°204319685 , ha sido vacunada contra:

| VACUNA                              | DOSIS    | CRITERIO               | BCG | HB         |
|-------------------------------------|----------|------------------------|-----|------------|
| Hepatitis B adulto (sector privado) | 3° Dosis | Alumnos sector privado |     | 18-05-2021 |
| Hepatitis B adulto (sector privado) | 2° Dosis | Alumnos sector privado |     | 14-12-2020 |
| Hepatitis B adulto (sector privado) | 1° Dosis | Alumnos sector privado |     | 09-11-2020 |

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

Fecha de emisión: 11-05-2022 15:34

FIRMA PERSONAL RESPONSABLE

TIMBRE ESTABLECIMIENTO

# 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:

**BELTRÁN ARRIAGADA**

Nombres / First and Middle Name:

**ÁLVARO AGUSTÍN**

N° de Documento / Document ID:

**RUN 20.431.968-5**

Fecha de Nacimiento / Date of Birth:

**13/10/2000**



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:

**H05**

Fecha de vacunación / Vaccination date:

**09 abril 2024**

Vacunatorio / Vaccination center:

**Centro de Salud Familiar Dr. Hernán  
Alessandri, Providencia 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:

**BELTRÁN ARRIAGADA**

Nombres / First and Middle Name:

**ÁLVARO AGUSTÍN**

N° de Documento / Document ID:

**RUN 20.431.968-5**

Fecha de Nacimiento / Date of Birth:

**13/10/2000**



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:

**G202102002**

Fecha de vacunación / Vaccination date:

**19 marzo 2021**

Vacunatorio / Vaccination center:

**Centro de Salud Familiar Dr. Hernán  
Alessandri, Providencia Region  
Metropolitana de Santiago**

#### 2° dosis

Laboratorio fabricante / Manufacturer:

**Sinovac Life Science**

Vacuna administrada / Vaccine product:

**CoronaVac**

Lote o serie / Lot or series:

**I202103008**

Fecha de vacunación / Vaccination date:

**16 abril 2021**

Vacunatorio / Vaccination center:

**Centro de Salud Familiar Dr. Hernán  
Alessandri, Providencia Region  
Metropolitana de Santiago**

### Refuerzo:

#### Refuerzo

Laboratorio fabricante / Manufacturer:

**Pfizer BioNTech**

Vacuna administrada / Vaccine product:

**BNT162b2**

Lote o serie / Lot or series:

**FJ1618**

Fecha de vacunación / Vaccination date:

**29 octubre 2021**

Vacunatorio / Vaccination center:

**Centro de Salud Familiar Rosita Renard,  
Ñuñoa 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.



## COMPROBANTE DIGITAL DE VACUNACIÓN DE CHILE

Chile's Digital Vaccination Voucher

Influenza 2024

Apellidos / Last Name:

**BELTRÁN ARRIAGADA**

Nombres / First and Middle Name:

**ÁLVARO AGUSTÍN**

N° de Documento / Document ID:

**RUN 20.431.968-5**

Fecha de Nacimiento / Date of Birth:

**13/10/2000**



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:

**H05**

Fecha de vacunación / Vaccination date:

**09 abril 2024**

Vacunatorio / Vaccination center:

**Centro de Salud Familiar Dr. Hernán  
Alessandri, Providencia Region  
Metropolitana de Santiago**