

# FICHA CAMPO CLINICO

Estudiante de Medicina  
Universidad de Chile



## Información Estudiante

|                                                                      |                             |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Nombre Completo                                                      | Álvaro Bastián Morales Soto |
| Rut                                                                  | 20.589.669-4                |
| Fecha Nacimiento (DD/MM/AA)                                          | 14/08/2000                  |
| Domicilio                                                            | Condominio Los Copihues #9  |
| Comuna                                                               | Calera de Tango             |
| Celular                                                              | +569 90372362               |
| Correo Electrónico                                                   |                             |
| Antecedentes Médicos Relevantes<br>(Enfermedades, lesiones, alergia) | Ninguno.                    |
| Fármacos de uso habitual                                             | Ninguno.                    |

## Información de Contacto en caso de Emergencia

|                                      |                                 |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| Nombre Completo                      | Claudia Andrea Soto Irarrázabal |
| Celular                              | +569 94390699                   |
| 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.



REPÚBLICA DE CHILE

MINISTERIO DE SALUD

**CERTIFICADO DE VACUNACIÓN**

FOLIO: 1761922

Certifícase que ALVARO MORALES SOTO ,nacido el 14-08-2000 ,sexo Hombre , Cédula nacional de identidad o Pasaporte N°205896694 , ha sido vacunada contra:

| VACUNA                              | DOSIS    | CRITERIO               | BCG | HB         |
|-------------------------------------|----------|------------------------|-----|------------|
| Hepatitis B adulto (sector privado) | 3° Dosis | Alumnos sector privado |     | 17-05-2021 |
| Hepatitis B adulto (sector privado) | 2° Dosis | Alumnos sector privado |     | 14-12-2020 |
| Hepatitis B adulto (sector privado) | 1° Dosis | Alumnos sector privado |     | 10-11-2020 |

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

Fecha de emisión: 12-05-2022 12:52

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:  
**MORALES SOTO**

Nombres / First and Middle Name:  
**ÁLVARO BASTIÁN**

N° de Documento / Document ID:  
**RUN 20.589.669-4**

Fecha de Nacimiento / Date of Birth:  
**14/08/2000**



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:

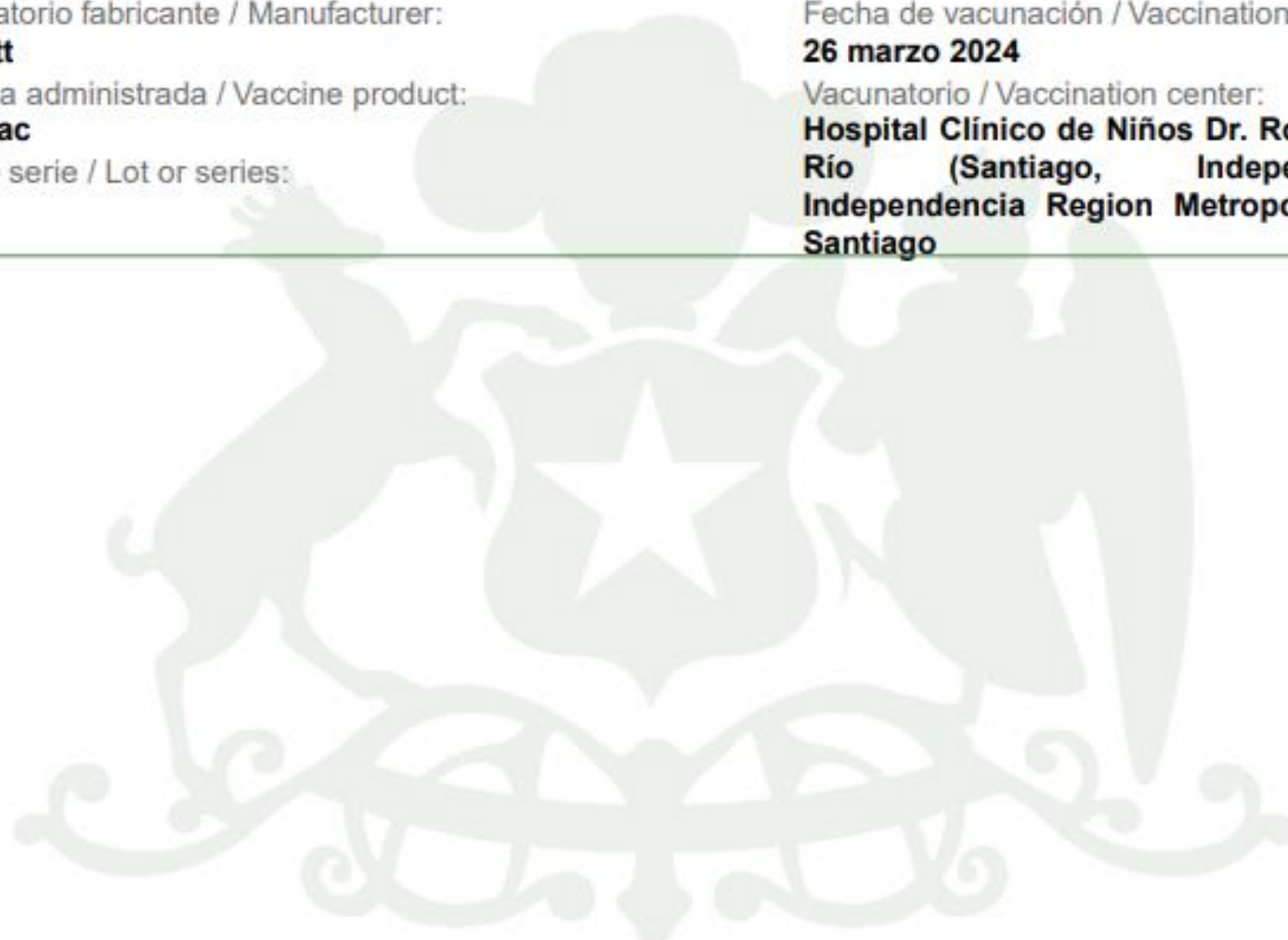
**H01**

Fecha de vacunación / Vaccination date:

**26 marzo 2024**

Vacunatorio / Vaccination center:

**Hospital Clínico de Niños Dr. Roberto del Río (Santiago, Independencia),  
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 SOTO**

Nombres / First and Middle Name:  
**ÁLVARO BASTIÁN**

N° de Documento / Document ID:  
**RUN 20.589.669-4**

Fecha de Nacimiento / Date of Birth:  
**14/08/2000**



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:  
**202105003O**

Fecha de vacunación / Vaccination date:  
**16 junio 2021**

Vacunatorio / Vaccination center:  
**Centro de Salud Familiar Los Bajos de San Agustín, Calera de Tango Region Metropolitana de Santiago**

### 2° dosis

Laboratorio fabricante / Manufacturer:  
**Sinovac Life Science**

Vacuna administrada / Vaccine product:  
**CoronaVac**

Lote o serie / Lot or series:  
**202105016P**

Fecha de vacunación / Vaccination date:  
**15 julio 2021**

Vacunatorio / Vaccination center:  
**Centro de Salud Familiar Calera de Tango, Calera de Tango 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:  
**19 noviembre 2021**

Vacunatorio / Vaccination center:  
**Centro de Salud Familiar Dr. Alberto Allende Jones, Talagante 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:

**Moderna**

Vacuna administrada / Vaccine product:

**Spikevax**

Lote o serie / Lot or series:

**060M21A**

Fecha de vacunación / Vaccination date:

**09 mayo 2022**

Vacunatorio / Vaccination center:

**Centro de Salud Familiar Dr. Alberto Allende Jones, Talagante Region Metropolitana de Santiago**

## Refuerzo

Laboratorio fabricante / Manufacturer:

**Pfizer BioNTech**

Vacuna administrada / Vaccine product:

**BNT162 Bivalente**

Lote o serie / Lot or series:

**GK4367**

Fecha de vacunación / Vaccination date:

**28 marzo 2023**

Vacunatorio / Vaccination center:

**Centro de Salud Familiar Los Bajos de San Agustín, Calera de Tango Region Metropolitana de Santiago**

## Refuerzo

Laboratorio fabricante / Manufacturer:

**Pfizer BioNTech**

Vacuna administrada / Vaccine product:

**XBB.1.5 (Pfizer)**

Lote o serie / Lot or series:

**HJ3096**

Fecha de vacunación / Vaccination date:

**26 marzo 2024**

Vacunatorio / Vaccination center:

**Hospital Clínico de Niños Dr. Roberto del Río (Santiago, Independencia), Independencia Region Metropolitana de Santiago**

