

# FICHA CAMPO CLINICO

Estudiante de Medicina  
Universidad de Chile



## Información Estudiante

|                                                                      |                               |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Nombre Completo                                                      | Tomás David Cortés Fuenzalida |
| Rut                                                                  | 20.591.445-5                  |
| Fecha Nacimiento (DD/MM/AA)                                          | 15/10/2000                    |
| Domicilio                                                            | Pasaje Mario Carreño 83-A     |
| Comuna                                                               | Quilicura                     |
| Celular                                                              | 986603513                     |
| Correo Electrónico                                                   | tomas.cortes.f@ug.uchile.cl   |
| Antecedentes Médicos Relevantes<br>(Enfermedades, lesiones, alergia) | Alergia a Penicilina          |
| Fármacos de uso habitual                                             | Ninguno                       |

## Información de Contacto en caso de Emergencia

|                                      |                                 |
|--------------------------------------|---------------------------------|
| Nombre Completo                      | Ana del Carmen Fuenzalida Bravo |
| Celular                              | 967448237                       |
| Vínculo<br>(mamá, papá, tutor, etc.) | Mamá                            |

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: 1763139

Certifícase que TOMAS DAVID CORTES FUENZALIDA ,nacido el 15-10-2000 ,sexo Hombre , Cédula nacional de identidad o Pasaporte N°205914455 , 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 |     | 15-12-2020 |
| 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: 13-05-2022 09:42

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:

**CORTÉS FUENZALIDA**

Nombres / First and Middle Name:

**TOMÁS DAVID**

N° de Documento / Document ID:

**RUN 20.591.445-5**

Fecha de Nacimiento / Date of Birth:

**15/10/2000**



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:

**12 abril 2024**

Vacunatorio / Vaccination center:

**Centro de Salud Familiar Agustín Cruz  
Melo, 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:

**CORTÉS FUENZALIDA**

Nombres / First and Middle Name:

**TOMÁS DAVID**

N° de Documento / Document ID:

**RUN 20.591.445-5**

Fecha de Nacimiento / Date of Birth:

**15/10/2000**



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:

**2021050030**

Fecha de vacunación / Vaccination date:

**16 junio 2021**

Vacunatorio / Vaccination center:

**Centro de Salud Familiar Irene Frei de  
Cid, Quilicura 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:

**15 julio 2021**

Vacunatorio / Vaccination center:

**Centro de Salud Familiar Manuel Bustos  
Huerta, Quilicura 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 Presidente  
Salvador Allende Gossens, Quilicura  
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:

**FT7737**

Fecha de vacunación / Vaccination date:

**16 mayo 2022**

Vacunatorio / Vaccination center:

**Centro de Salud Familiar Presidente**

**Salvador Allende Gossens, Quilicura**

**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:

**04 abril 2023**

Vacunatorio / Vaccination center:

**Hospital Clínico Universidad de Chile,**

**Independencia Region Metropolitana de**

**Santiago**

## Refuerzo

Laboratorio fabricante / Manufacturer:

**Pfizer BioNTech**

Vacuna administrada / Vaccine product:

**XBB.1.5 (Pfizer)**

Lote o serie / Lot or series:

**HJ3100**

Fecha de vacunación / Vaccination date:

**12 abril 2024**

Vacunatorio / Vaccination center:

**Centro de Salud Familiar Agustín Cruz**

**Melo, Independencia**

**Region**

**Metropolitana de Santiago**

