

# FICHA CAMPO CLINICO

Estudiante de Medicina  
Universidad de Chile



## Información Estudiante

|                                                                      |                             |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Nombre Completo                                                      | Javiera Paz Olguín Avendaño |
| Rut                                                                  | 20.807.962-k                |
| Fecha Nacimiento (DD/MM/AA)                                          | 03/10/01                    |
| Domicilio                                                            | María Monvel 2068, casa B   |
| Comuna                                                               | La Reina                    |
| Celular                                                              | +56944020988                |
| Correo Electrónico                                                   | javieramolguin@ug.uchile.cl |
| Antecedentes Médicos Relevantes<br>(Enfermedades, lesiones, alergia) | -                           |
| Fármacos de uso habitual                                             | -                           |

## Información de Contacto en caso de Emergencia

|                                      |                                         |
|--------------------------------------|-----------------------------------------|
| Nombre Completo                      | Claudia Ester de Lourdes Avendaño Rozas |
| Celular                              | +56976696373                            |
| 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.



## Massachusetts Immunization Information

### Certificate of Immunization

Name: JAVIERA OLGUIN Birth Date: 10/03/2001 Age: 14 Yr 1 Mo Gender: Female

| Vaccine Group      | # | Vaccine           | Date       |
|--------------------|---|-------------------|------------|
| Hepatitis B        | 1 | HepB, unspecified | 02/07/2002 |
|                    | 2 | HepB, unspecified | 12/10/2014 |
|                    | 3 | HepB-Peds         | 11/10/2015 |
| Diphtheria Tetanus | 1 | DTaP,unspecified  | 12/07/2001 |

| Vaccine Group | # | Vaccine | Date       |
|---------------|---|---------|------------|
| Rotavirus     | 1 |         |            |
|               | 2 |         |            |
|               | 3 |         |            |
| Measles Mumps | 1 | MMR     | 10/29/2002 |

Other vaccine(s):  
School Exemption(s):  
Serologic Proof Of Immunity:  
Chickenpox (Varicella) history:

I certify that this certificate was created from the immunization records of the above-named individual.

Doctor or nurse's name (please print): Barbara Westley R Date: 11-10-15

Facility Name: Brookline Health Dept.

Signature: Bm Y. Westley R

  
Ministerio de  
Salud  
  
Gobierno de Chile

  
Salud Digital  
Ministerio de Salud

Fecha de Emisión: 16 de noviembre de 2025

Comprobante de Vacunación

Nombre

Javiera Paz Olgún Avendaño

Número de Documento

[RUN] 20.807.962-K

Fecha de Nacimiento

3 de octubre de 2001

Edad

24 años

En este documento podrás revisar tus Vacunas e Inmunizaciones disponibles en el Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI) del Ministerio de Salud desde 2021 a la fecha.

| Vacuna                    | Dosis    | Fecha de Administración | Establecimiento                     |
|---------------------------|----------|-------------------------|-------------------------------------|
| Vacuna contra hepatitis B | 1° Dosis | 05-11-2025              | Centro Médico y Dental Arauco Salud |

# 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.**



| Vacuna                                | Dosis          | Fecha de Administración | Establecimiento                                |
|---------------------------------------|----------------|-------------------------|------------------------------------------------|
| Vacuna contra COVID-19 JN.1 (Moderna) | Única          | 28-03-2025              | Hospital San Juan de Dios (Santiago, Santiago) |
| Vacuna contra Influenza trivalente    | Única (0,5 ml) | 28-03-2025              | Hospital San Juan de Dios (Santiago, Santiago) |

*Nota: Podrás ver aquí la información actualizada luego de 72 horas de que te hayan administrado la dosis.*



El presente documento es sólo para fines informativos, en ningún caso reemplaza a un certificado o carnet de vacunación, en caso de requerirlo debes acudir a tu vacunatorio más cercano.



# 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.



| Vacuna                                | Dosis          | Fecha de Administración | Establecimiento                                |
|---------------------------------------|----------------|-------------------------|------------------------------------------------|
| Vacuna contra COVID-19 JN.1 (Moderna) | Única          | 28-03-2025              | Hospital San Juan de Dios (Santiago, Santiago) |
| Vacuna contra Influenza trivalente    | Única (0,5 ml) | 28-03-2025              | Hospital San Juan de Dios (Santiago, Santiago) |

*Nota: Podrás ver aquí la información actualizada luego de 72 horas de que te hayan administrado la dosis.*



El presente documento es sólo para fines informativos, en ningún caso reemplaza a un certificado o carnet de vacunación, en caso de requerirlo debes acudir a tu vacunatorio más cercano.

