

# FICHA CAMPO CLINICO

Estudiante de Medicina  
Universidad de Chile



## Información Estudiante

|                                                                      |                                 |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Nombre Completo                                                      | Rocío Constanza Ortega Vallejos |
| Rut                                                                  | 20.909.031-7                    |
| Fecha Nacimiento (DD/MM/AA)                                          | 05/11/2001                      |
| Domicilio                                                            | Las vertientes parcela 182      |
| Comuna                                                               | Paine                           |
| Celular                                                              | 56 9 86356996                   |
| Correo Electrónico                                                   | rocio.ortega.v@ug.uchile.cl     |
| Antecedentes Médicos Relevantes<br>(Enfermedades, lesiones, alergia) | * No obligatorio                |
| Fármacos de uso habitual                                             | * No obligatorio                |

## Información de Contacto en caso de Emergencia

|                                      |                 |
|--------------------------------------|-----------------|
| Nombre Completo                      | Sandra Vallejos |
| Celular                              | 56 9 84091809   |
| 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: 1741366

Certifícase que ROCIO ORTEGA VALLEJOS ,nacido el 05/11/2001 ,sexo Mujer , Cédula nacional de identidad o Pasaporte N°209090317 , ha sido vacunada contra:

| VACUNA                              | DOSIS    | CRITERIO               | BCG | HB         |
|-------------------------------------|----------|------------------------|-----|------------|
| Hepatitis B adulto (sector privado) | 3° Dosis | Alumnos sector privado |     | 30/11/2021 |
| Hepatitis B adulto (sector privado) | 1° Dosis | Alumnos sector privado |     | 25/05/2021 |
| Hepatitis B adulto (sector privado) | 2° Dosis | Alumnos sector privado |     | 10/08/2021 |

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

Fecha de emisión: 28/04/2022 14:22

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.**



REPÚBLICA DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD

## CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Nombre: **ROCIO ORTEGA VALLEJOS**  
Documento: **RUN 209090317**  
Fecha de Nacimiento: **05-11-2001**  
Sexo: **Mujer**

|                      |                                                                   |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Vacuna:              | <b>Moderna JN.1</b>                                               |
| Dosis:               | Única                                                             |
| Fecha de Vacunación: | 22-03-2025                                                        |
| Establecimiento:     | Centro de Salud Familiar Dr. Miguel Ángel Solar (ex CESFAM Paine) |
| Lote:                | 811008A                                                           |

|                      |                                                                   |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Vacuna:              | <b>Influenza 2025</b>                                             |
| Dosis:               | Única (0,5 ml)                                                    |
| Fecha de Vacunación: | 22-03-2025                                                        |
| Establecimiento:     | Centro de Salud Familiar Dr. Miguel Ángel Solar (ex CESFAM Paine) |
| Lote:                | CA202412040                                                       |

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

Fecha de emisión: 22-03-2025 10:43

FIRMA PERSONAL RESPONSABLE





# 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.



REPÚBLICA DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD

## CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Nombre: **ROCIO ORTEGA VALLEJOS**  
Documento: **RUN 209090317**  
Fecha de Nacimiento: **05-11-2001**  
Sexo: **Mujer**

|                      |                                                                   |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Vacuna:              | <b>Moderna JN.1</b>                                               |
| Dosis:               | Única                                                             |
| Fecha de Vacunación: | 22-03-2025                                                        |
| Establecimiento:     | Centro de Salud Familiar Dr. Miguel Ángel Solar (ex CESFAM Paine) |
| Lote:                | 811008A                                                           |

|                      |                                                                   |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Vacuna:              | <b>Influenza 2025</b>                                             |
| Dosis:               | Única (0,5 ml)                                                    |
| Fecha de Vacunación: | 22-03-2025                                                        |
| Establecimiento:     | Centro de Salud Familiar Dr. Miguel Ángel Solar (ex CESFAM Paine) |
| Lote:                | CA202412040                                                       |

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

Fecha de emisión: 22-03-2025 10:43

FIRMA PERSONAL RESPONSABLE

