

FICHA CAMPO CLINICO

Estudiante de Medicina Universidad de Chile



Información Estudiante

Nombre Completo	Sofía Campos Bordones
Rut	20999315-5
Fecha Nacimiento (DD/MM/AA)	10-04-2002
Domicilio	Avenida Presidente Kennedy 4917
Comuna	Las Condes
Celular	+56934284845
Correo Electrónico	<u>soficata.a214@gmail.com</u>
Antecedentes Médicos Relevantes (Enfermedades, lesiones, alergia)	* No obligatorio
Fármacos de uso habitual	* No obligatorio

Información de Contacto en caso de Emergencia

Nombre Completo	María Alejandra Bordones Tapia
Celular	+56934284846
Vínculo (mamá, papá, tutor, etc.)	Mama

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: 1731132

Certifícase que SOFIA CATALINA CAMPOS BORDONES ,nacido el 10/04/2002 ,sexo Mujer , Cédula nacional de identidad o Pasaporte N°209993155 , ha sido vacunada contra:

VACUNA	DOSIS	CRITERIO	BCG	HB
Hepatitis B adulto (sector privado)	3° Dosis	Alumnos sector privado		29/11/2021
Hepatitis B adulto (sector privado)	1° Dosis	Alumnos sector privado		24/05/2021
Hepatitis B adulto (sector privado)	2° Dosis	Alumnos sector privado		09/08/2021

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

Fecha de emisión: 21/04/2022 11:01

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.**



FOLIO: 3428899

REPÚBLICA DE CHILE

MINISTERIO DE SALUD

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Nombre: **SOFIA CATALINA CAMPOS BORDONES**
Documento: **RUN 209993155**
Fecha de Nacimiento: **10-04-2002**
Edad: **23 años 1 mes 13 días**

Fecha de Vacunación	Vacuna	Dosis	Lote	Establecimiento
19-05-2025	Influenza 2025	Única (0,5 ml)	CA202501014	Centro de Salud Familiar Agustín Cruz Melo
19-05-2025	Pfizer JN.1	Refuerzo	MA4478	Centro de Salud Familiar Agustín Cruz Melo

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

Fecha de emisión: 23-05-2025 10:38

FIRMA PERSONAL RESPONSABLE

TIMBRE ESTABLECIMIENTO



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.



FOLIO: 3428899

REPÚBLICA DE CHILE

MINISTERIO DE SALUD

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Nombre: **SOFIA CATALINA CAMPOS BORDONES**
Documento: **RUN 209993155**
Fecha de Nacimiento: **10-04-2002**
Edad: **23 años 1 mes 13 días**

Fecha de Vacunación	Vacuna	Dosis	Lote	Establecimiento
19-05-2025	Influenza 2025	Única (0,5 ml)	CA202501014	Centro de Salud Familiar Agustín Cruz Melo
19-05-2025	Pfizer JN.1	Refuerzo	MA4478	Centro de Salud Familiar Agustín Cruz Melo

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

Fecha de emisión: 23-05-2025 10:38

FIRMA PERSONAL RESPONSABLE

TIMBRE ESTABLECIMIENTO

