

# FICHA CAMPO CLINICO

## Estudiante de Medicina Universidad de Chile



### Información Estudiante

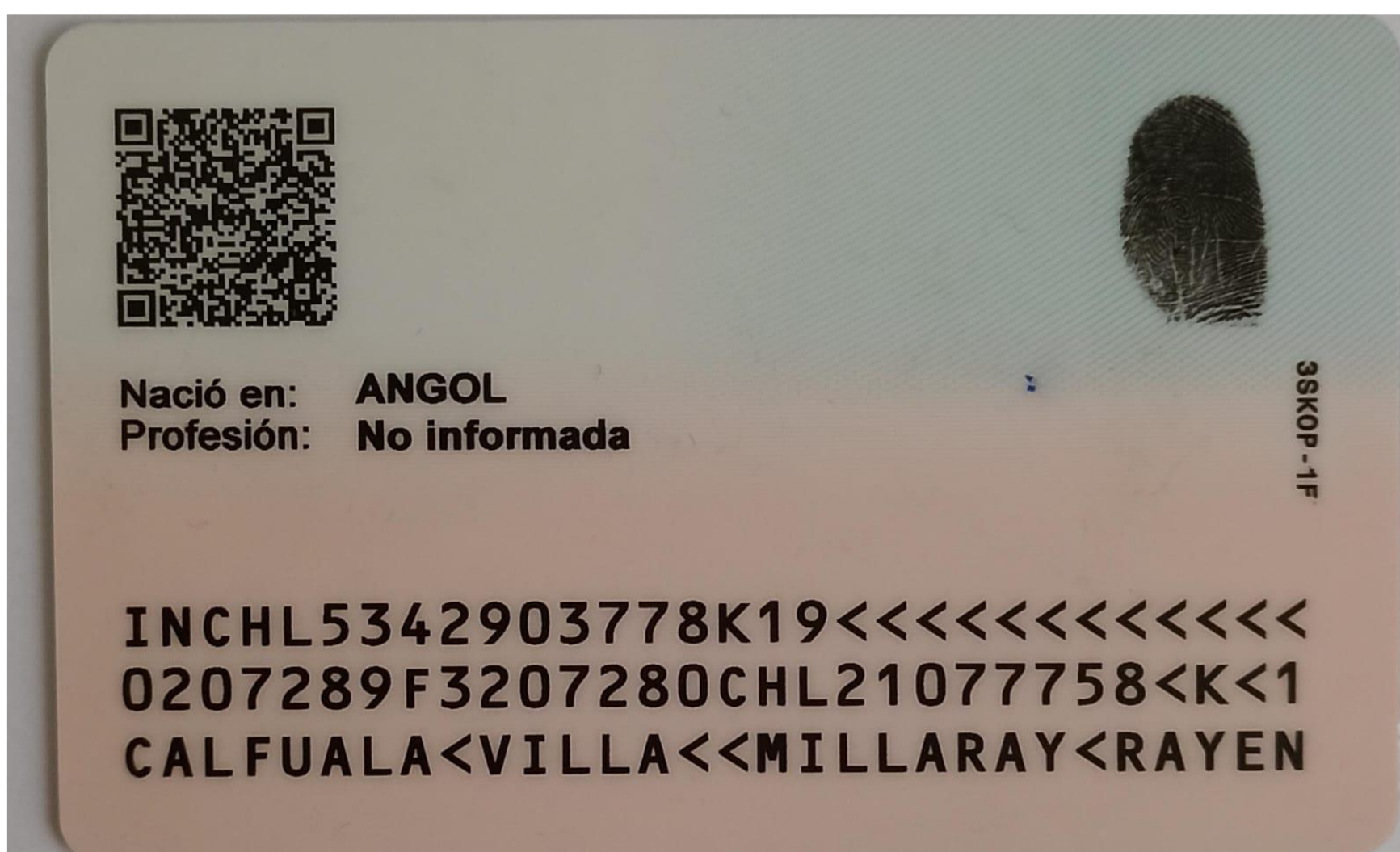
|                                                                      |                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre Completo                                                      | Millaray Rayen Calfuala Villa                                                      |
| Rut                                                                  | 21.077.758-k                                                                       |
| Fecha Nacimiento (DD/MM/AA)                                          | 28/07/2002                                                                         |
| Domicilio                                                            | Cruz 1275                                                                          |
| Comuna                                                               | Independencia                                                                      |
| Celular                                                              | +569 73685306                                                                      |
| Correo Electrónico                                                   | <a href="mailto:millaray.calfuala@ug.uchile.cl">millaray.calfuala@ug.uchile.cl</a> |
| Antecedentes Médicos Relevantes<br>(Enfermedades, lesiones, alergia) | No presenta                                                                        |
| Fármacos de uso habitual                                             | Niega                                                                              |

### Información de Contacto en caso de Emergencia

|                                      |                                |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| Nombre Completo                      | Lidia del Carmen Villa Garrido |
| Celular                              | + 569 50927227                 |
| 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.



FOLIO: 2867401

REPÚBLICA DE CHILE  
**MINISTERIO DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE VACUNACIÓN**

Nombre: **MILLARAY RAYEN CALFUALA VILLA**  
Documento: **RUN 21077758K**  
Fecha de Nacimiento: **28-07-2002**  
Edad: **21 años 11 meses 27 días**

| Fecha de Vacunación | Vacuna                              | Dosis    | Lote         | Establecimiento                          |
|---------------------|-------------------------------------|----------|--------------|------------------------------------------|
| 02-03-2022          | Hepatitis B adulto (sector privado) | 1° Dosis | Lote privado | Clínica Alemana de Temuco                |
| 06-08-2022          | Hepatitis B adulto (sector privado) | 2° Dosis | Lote privado | Clínica Tabancura                        |
| 05-01-2023          | Hepatitis B adulto (sector privado) | 3° Dosis | Lote privado | Hospital Clínico de la Universidad Mayor |

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

Fecha de emisión: 25-07-2024 08:09

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: 3277427

REPÚBLICA DE CHILE  
**MINISTERIO DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE VACUNACIÓN**

Nombre: MILLARAY RAYEN CALFUALA VILLA  
Documento: RUN 21077758K  
Fecha de Nacimiento: 28-07-2002  
Edad: 22 años 7 meses 25 días

| Fecha de Vacunación | Vacuna         | Dosis          | Lote        | Establecimiento                            |
|---------------------|----------------|----------------|-------------|--------------------------------------------|
| 20-03-2025          | Moderna JN.1   | Única          | 811008A     | Centro de Salud Familiar Agustín Cruz Melo |
| 20-03-2025          | Influenza 2025 | Única (0,5 ml) | CA202412038 | Centro de Salud Familiar Agustín Cruz Melo |

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

Fecha de emisión: 25-03-2025 17:42

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: 3277427

REPÚBLICA DE CHILE  
**MINISTERIO DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE VACUNACIÓN**

Nombre: **MILLARAY RAYEN CALFUALA VILLA**  
Documento: **RUN 21077758K**  
Fecha de Nacimiento: **28-07-2002**  
Edad: **22 años 7 meses 25 días**

| Fecha de Vacunación | Vacuna         | Dosis          | Lote        | Establecimiento                            |
|---------------------|----------------|----------------|-------------|--------------------------------------------|
| 20-03-2025          | Moderna JN.1   | Unica          | 811008A     | Centro de Salud Familiar Agustin Cruz Melo |
| 20-03-2025          | Influenza 2025 | Unica (0,5 ml) | CA202412038 | Centro de Salud Familiar Agustin Cruz Melo |

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

Fecha de emisión: 25-03-2025 17:42

FIRMA PERSONAL RESPONSABLE

TIMBRE ESTABLECIMIENTO