

## HOJA DE VIDA ESTUDIANTES EN PRÁCTICA FCS

DO-FR-91 Versión. 01 Fecha: 06/12/2021



Maria Camila L	INFORMA GRAMA AL QUE P ENFERMERIA ESP PEDIATRIA ESP MEDICINA FAMILIAR	MES: Febrero CIÓN PERSONAL ERTENECE (marc		AÑO: 2022  NUTRICIÓN Y DIETÉTICA  ESP GINECOLOGIA	
Maria Camila L	GRAMA AL QUE P ENFERMERIA ESP PEDIATRIA ESP MEDICINA	ERTENECE (marc		DIETÉTICA  ESP GINECOLOGIA	
Maria Camila L	ENFERMERIA  ESP PEDIATRIA  ESP MEDICINA	,	car con una X)	DIETÉTICA  ESP GINECOLOGIA	
	ESP PEDIATRIA ESP MEDICINA	Х		DIETÉTICA  ESP GINECOLOGIA	
	ESP MEDICINA				· —
				Y OBSTETRICIA	
		TIPO DE			
	Maria Camila Loaiza Borja		C.C: X	NIT:	C.E:
1.002.752.086		FECHA DE NAC			
La Dorada Caldas		SEXO	M:	F: X	O:
DIRECCIÓN RESIDENCIA: Cra 55 #29-57 int. 202		TELEFONO FIJO: 6132212			
MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Bello - Antioquia		BARRIO DE RESIDENCIA: Cabañas			
CORREO PERSONAL: camilaloaiza05@hotmail.com		CELULAR: 3147567630			
maria.loaiza.2086@miremin	igton.edu.co				
O: Savia Salud					
SI: _X		CUÁL:	Savia Salud		
	INFORMACIO	ON DE VACUNACI	ÓN		
HEPATITIS B (marcar con una X y poner el valor del resultado)	POSITIVO	NEGATIVO	Resultado y Fecha: 16.9m Ul/ml 09/10/2021		
VARICELA (marcar con una X y poner el valor del resultado)	POSITIVO	NEGATIVO	Resultado y Fecha: 27.5m UI/ml 04/02/2020		
	Reportar Fecha de	e las dosis de cada			
1. 26/01/2016 2. 26/02/2016 3. 17/09/2016 Refuerzo: 16/03/2021		TETANO	1. 26/01/2016 2. 26/02/2016 3. 26/08/2016 4. 10/01/2020 5. 12/01/2021		
1.		HEPATITIS A	1. 17/09/2016		
1. 15/09/2016		INFLUENZA	1. 08/10/2021		
1. 21/02/2012		FIEBRE AMARILLA	1. 26/02/2016		
1. 26/04/					
	Bello - Antioquia aiza05@hotmail.com baria.loaiza.2086@miremir D: Savia Salud BI: _X  HEPATITIS B (marcar con una X y poner el valor del resultado) VARICELA (marcar con una X y poner el valor del resultado)  1. 26/01/ 2. 26/02/ 3. 17/09/ Refuerzc 1. 1. 15/09/ 1. 21/02/ 1. 26/04/	sello - Antioquia aiza05@hotmail.com naria.loaiza.2086@miremington.edu.co D: Savia Salud Si: _X	BARRIO DE RES  aiza05@hotmail.com CELULAR: 3147  naria.loaiza.2086@miremington.edu.co D: Savia Salud  SI: X NO: CUÁL:  INFORMACION DE VACUNACI  HEPATITIS B (marcar con una X y poner el valor del resultado)  VARICELA (marcar con una X y poner el valor del resultado)  VARICELA (marcar con una X y poner el valor del resultado)  Reportar Fecha de las dosis de cada  1. 26/01/2016 2. 26/02/2016 3. 17/09/2016 Refuerzo: 16/03/2021  1. HEPATITIS A  1. 15/09/2012 INFLUENZA  FIEBRE AMARILLA  1. 26/04/2021	BARRIO DE RESIDENCIA: Cabañas	BARRIO DE RESIDENCIA: Cabañas  aiza05@hotmail.com

Calle 51 N° 51 - 27 Parque Berrío - Medellín Colombia

Somos una Institución de Educación Superior sujeta a la inspección y vigilancia del Ministerio de Educación Nacional de Colombia

Contáctenos | Responsabilidad Social