
		<b>HOJA DE VIDA ESTUDIANTES EN PRÁCTICA FCS</b>		<b>DO-FR-91 Versión. 01 Fecha: 06/12/2021</b>			
CIUDAD:	Medellín	DIA:	28	MES:	Febrero	ANO:	2022
<b>INFORMACIÓN PERSONAL</b>							
PROGRAMA AL QUE PERTENECE (marcar con una X)							
MEDICINA		ENFERMERIA	X		NUTRICIÓN Y DIETÉTICA		
REGENCIA DE FARMACIA		ESP PEDIATRIA			ESP GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA		
ESP PSIQUIATRIA		ESP MEDICINA FAMILIAR					
NOMBRES Y APELLIDOS:	Maria Camila Loaiza Borja		TIPO DE DOCUMENTO	C.C: X	NIT:	C.E:	
NUMERO DE DOCUMENTO	1.002.752.086		FECHA DE NACIMIENTO:	5-dic-98			
LUGAR DE NACIMIENTO:	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				
CORREO INSTITUCIONAL: maria.loaiza.2086@miremington.edu.co							
EPS A LA QUE ESTA AFILIADO: Savia Salud							
CERTIFICADO EPS:		SI: X	NO:	CUÁL:	Savia Salud		
<b>INFORMACIÓN DE VACUNACIÓN</b>							
EXAMEN DE ANTICUERPOS REPORTAR RESULTADOS	HEPATITIS B (marcar con una X y poner el valor del resultado)	POSITIVO <input checked="" type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	Resultado y Fecha: 16.9m UI/ml 09/10/2021			
	VARICELA (marcar con una X y poner el valor del resultado)	POSITIVO <input checked="" type="checkbox"/>	NEGATIVO <input type="checkbox"/>	Resultado y Fecha: 27.5m UI/ml 04/02/2020			
Reportar Fecha de las dosis de cada vacuna							
HEPATITIS B	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				
VARICELA	1.	HEPATITIS A	1. 17/09/2016				
NEUMOCOCO	1. 15/09/2016	INFLUENZA	1. 08/10/2021				
TRIPLE VIRAL	1. 21/02/2012	FIEBRE AMARILLA	1. 26/02/2016				
COVID 19 SARS COV2	1. 26/04/2021 2. 17/05/2021						