

## HOJA DE VIDA



Ciudad: Medellin Dia: 22 Mes: 01 Año: 2000

### INFORMACIÓN PERSONAL

PROGRAMA AL QUE PERTENECE (marcar con una X)

MEDICINA	<input checked="" type="checkbox"/>	ENFERMERIA	<input type="checkbox"/>	REGENCIA DE FARMACIA	<input type="checkbox"/>
NOMBRES Y APELLIDOS:	<u>Valentina Mejía Vilbafne</u>			NÚMERO DE CÉDULA:	<u>1000410565</u>
LUGAR DE NACIMIENTO:	<u>Medellin</u>			TIPO DE DOCUMENTO	<u>C.C.</u>
FECHA DE NACIMIENTO:	<u>07/04/2000</u>			SEXO	<u>M.</u>

DIRECCIÓN RESIDENCIA:	<u>Cra 85D #53-20</u>	TELÉFONO FIJO:	<u>5876748</u>
MUNICIPIO DE RESIDENCIA:	<u>Medellin</u>	BARRIO DE RESIDENCIA:	<u>Calasanz</u>
CORREO PERSONAL:	<u>valemellave@hotmail.com</u>	CELULAR:	<u>3002441881</u>

CORREO INSTITUCIONAL:	
EPS A LA QUE ESTA AFILIADO:	<u>Sura</u>
SEMESTRE EN PRÁCTICA:	<u>Quinto</u>
CERTIFICADO EPS:	SI: <input checked="" type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/> CUAL: <u>EPSSura</u>

### INFORMACIÓN DE VACUNACIÓN

EXAMEN DE ANTICUERPOS REPORTAR RESULTADOS	HEPATITIS B (marcar con una X y poner el valor del resultado)	POSITIVO	NEGATIVO	Resultado y Fecha
	VARICELA (marcar con una X y poner el valor del resultado)	POSITIVO	NEGATIVO	Resultado y Fecha

Reportar Fecha de las dosis de cada vacuna (día, mes y año)

HEPATITIS B	<u>Falta-Pendiente</u>	TETANO	<u>01/02/18-17/01/2020</u>
VARICELA	<u>17/01/2020</u>	HEPATITIS A	<u>Falta-Pendiente</u>
NEUMOCOCO	<u>Falta-Pendiente</u>	INFLUENZA	<u>16/05-18-21/01/2020</u>
TRIPLE VIRAL	<u>12/03/16</u>	FIEBRE AMARILLA	<u>Falta-Pendiente</u>