



CIUDAD:		DÍA:		MES:		AÑO:	2020
INFORMACIÓN PERSONAL							
PROGRAMA AL QUE PERTENECE: Medicina							
NOMBRES Y APELLIDOS:	Yuli Paola León Pérez			NÚMERO DE CÉDULA:	1014289984		
LUGAR DE NACIMIENTO:	Bogotá D.C	TIPO DE DOCUMENTO	C.C: x	NIT:	C.E:		
FECHA DE NACIMIENTO:	8 de Julio 1997	SEXO (marca con una X)	M:	F: x			
DIRECCIÓN RESIDENCIA: Cra 34a #43-67		TELÉFONO FIJO:					
MUNICIPIO DE RESIDENCIA: MEDELLÍN		BARRIO DE RESIDENCIA: El Salvador					
CORREO PERSONAL: yulileon05@gmail.com		CELULAR: 3202844485					
CORREO INSTITUCIONAL: yuli.leon.9984@miremington.edu.co							
EPS A LA QUE ESTA AFILIADO: Compensar							
SEMESTRE EN PRÁCTICA: 5to semestre							
CERTIFICADO EPS:	SI: <input checked="" type="checkbox"/> x	NO: <input type="checkbox"/>	CUÁL: Compensar				
INFORMACIÓN DE VACUNACIÓN							
EXÁMEN DE ANTICUERPOS REPORTAR RESULTADOS	HEPATITIS B (marcar con una X y poner el valor del resultado)	POSITIVO X	NEGATIVO	Resultado y Fecha: (>800.0 mUI/ml) 23/1 0/2019			
	VARICELA (marcar con una X y poner el valor del resultado)	POSITIVO X	NEGATIVO	Resultado y Fecha: (572.3 mUI/ml) 23/10 /2019			
Reportar Fecha de las dosis de cada vacuna							
HEPATITIS B	1. 16/08/2018 2. 17/09/2018 31/07/2019		3. TETANO	1. 16/08/2018 2. 17/09/2018 3. 31/07/2019			
VARICELA	17/09/2018		HEPATITIS A	31/07/2019			
NEUMOCOCO	31/07/2019		INFLUENZA	31/07/2019			
TRIPLE VIRAL	31/10/2019		FIEBRE AMARILLA	31/07/2019			