



INFORMACIÓN PERSONAL PROGRAMA AL QUE PERTENECE: Medicina NOMBRES Y APELLIDOS: Valeria Bedoya Velez Valeria Bedoya Velez NÚMERO DE CÉDULA: LUGAR DE NACIMIENTO: Medellin TIPO DE DOCUMENTO C.C: X NIT: FECHA DE NACIMIENTO: 18/10/1998 SEXO (marca con una X) M: F: X DIRECCIÓN RESIDENCIA: Carrera 53#29a-30 TELEFONO FIJO: 5963194 MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Bello BARRIO DE RESIDENCIA: Cabañas CORREO PERSONAL: valerybeve@gmail.com CELULAR: 3196997155 CORREO INSTITUCIONAL: valeria.bedoya.8082@miremington.edu.co EPS A LA QUE ESTA AFILIADO: Sura SEMESTRE EN PRÁCTICA: 7 CERTIFCADO EPS: SI: _X NO: CUÁL: INFORMACIÓN DE VACUNACIÓN								
PROGRAMA AL QUE PERTENECE: Medicina NOMBRES Y APELLIDOS: LUGAR DE NACIMIENTO: Medellin TIPO DE DOCUMENTO C.C. X NIT: FECHA DE NACIMIENTO: 18/10/1998 SEXO (marca con una X) M: F: X DIRECCIÓN RESIDENCIA: Carrera 53#29a-30 TELEFONO FIJO: 5963194 MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Bello BARRIO DE RESIDENCIA: Cabañas CORREO PERSONAL: valeria.bedoya.8082@miremington.edu.co EPS A LA QUE ESTA AFILIADO: Sura SEMESTRE EN PRÁCTICA: 7 CERTIFCADO EPS: SI: X NO: CUÁL: INFORMACIÓN DE VACUNACIÓN REPORTAR RESULTADOS REPORTAR RESULTADOS REPORTAR RESULTADOS REPORTAR RESULTADOS REPORTAR RESULTADOS REPORTAR FESULTADOS REPORTAR FESULTADOS REPORTAR FESULTADOS REPORTAR FESULTADOS REPORTAR FECHA de las dosis de cada vacuna	2.1.1					9 AÑO:		
NOMBRES Y APELLIDOS: Valeria Bedoya Velez NUMERO DE CEDULA: 10204880 LUGAR DE NACIMIENTO: FECHA DE NACIMIENTO: 18/10/1998 SEXO (marca con una X) M: F: X DIRECCIÓN RESIDENCIA: Carrera 53#29a-30 TELEFONO FIJO: 5963194 MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Bello BARRIO DE RESIDENCIA: Cabañas CORREO PERSONAL: valerybeve@gmail.com CELULAR: 3196997155 CORREO INSTITUCIONAL: valeria.bedoya.8082@miremington.edu.co EPS A LA QUE ESTA AFILIADO: Sura SEMESTRE EN PRÁCTICA: 7 CERTIFCADO EPS: SI: X NO: CUÁL: INFORMACIÓN DE VACUNACIÓN 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 vacuna				INFORMA	ACION PERSONAL			
LUGAR DE NACIMIENTO: Medellin TIPO DE DOCUMENTO C.C: X NIT: FECHA DE NACIMIENTO: 18/10/1998 SEXO (marca con una X) M: F: X DIRECCIÓN RESIDENCIA: Carrera 53#29a-30 TELEFONO FIJO: 5963194 MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Bello BARRIO DE RESIDENCIA: Cabañas CORREO PERSONAL: valerybeve@gmail.com CELULAR: 3196997155 CORREO INSTITUCIONAL: valeria.bedoya.8082@miremington.edu.co EPS A LA QUE ESTA AFILIADO: Sura SEMESTRE EN PRÁCTICA: 7 CERTIFCADO EPS: SI: X NO: CUÁL: INFORMACIÓN DE VACUNACIÓN 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 vacuna								
FECHA DE NACIMIENTO: 18/10/1998 SEXO (marca con una X) M: F: X DIRECCIÓN RESIDENCIA: Carrera 53#29a-30 TELEFONO FIJO: 5963194 MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Bello BARRIO DE RESIDENCIA: Cabañas CORREO PERSONAL: valeria.bedoya.8082@miremington.edu.co EPS A LA QUE ESTA AFILIADO: Sura SEMESTRE EN PRÁCTICA: 7 CERTIFCADO EPS: SI: X NO: CUÁL: INFORMACIÓN DE VACUNACIÓN 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 vacuna 17/19/2016	NOMBRES Y APELLIDOS:					CÉDULA:	1020488082	
DIRECCIÓN RESIDENCIA: Carrera 53#29a-30 TELEFONO FIJO: 5963194 MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Bello BARRIO DE RESIDENCIA: Cabañas CORREO PERSONAL: valerybeve@gmail.com CELULAR: 3196997155 CORREO INSTITUCIONAL: valeria.bedoya.8082@miremington.edu.co EPS A LA QUE ESTA AFILIADO: Sura SEMESTRE EN PRÁCTICA: 7 CERTIFCADO EPS: SI: X						C.C: X		
MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Bello CORREO PERSONAL: valerybeve@gmail.com CORREO INSTITUCIONAL: valeria.bedoya.8082@miremington.edu.co EPS A LA QUE ESTA AFILIADO: Sura SEMESTRE EN PRÁCTICA: 7 CERTIFCADO EPS: SI: _X NO: CUÁL: INFORMACIÓN DE VACUNACIÓN 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 vacuna	FECHA DE NACIMIENTO: 18/10/1998				SEXO (marca con una X)	M:	F: X	
CORREO PERSONAL: valeria.bedoya.8082@miremington.edu.co EPS A LA QUE ESTA AFILIADO: Sura SEMESTRE EN PRÁCTICA: 7 CERTIFCADO EPS: SI: _X NO: CUÁL: INFORMACIÓN DE VACUNACIÓN HEPATITIS B (marcar con una X y poner el valor del resultado) VARICELA (marcar con una X y poner el valor del resultado) X NEGATIVO Resultado y Fecha: R: 547.9 Reportar Fecha de las dosis de cada vacuna	DIRECCIÓN RESIDENCIA: Carrera 53#29a-30				TELEFONO FIJO: 5963194			
CORREO INSTITUCIONAL: valeria.bedoya.8082@miremington.edu.co EPS A LA QUE ESTA AFILIADO: Sura SEMESTRE EN PRÁCTICA: 7 CERTIFCADO EPS: SI: _X NO: CUÁL: INFORMACIÓN DE VACUNACIÓN 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 vacuna 17/09/2016	MUNICIPIO DE RESIDENCIA: Bello				BARRIO DE RESIDENCIA: Cabañas			
EPS A LA QUE ESTA AFILIADO: Sura SEMESTRE EN PRÁCTICA: 7 CERTIFCADO EPS: SI: _X NO: CUÁL: INFORMACIÓN DE VACUNACIÓN 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 vacuna 17/09/2016	CORREO PERSONAL: valerybeve@gmail.com				CELULAR: 3196997155			
SEMESTRE EN PRÁCTICA: 7 CERTIFCADO EPS: SI: _X NO: CUÁL: INFORMACIÓN DE VACUNACIÓN 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 vacuna 17/09/2016	RREO INSTIT	TUCIONAL: valeria.b	edoya.8082@mirem	ington.edu.co				
CERTIFCADO EPS: SI: _X NO: CUÁL: INFORMACIÓN DE VACUNACIÓN 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 vacuna 17/09/2016	S A LA QUE E	ESTA AFILIADO: Su	ıra					
INFORMACIÓN DE VACUNACIÓN 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) X NEGATIVO Resultado y Fecha: R: 841I Resultado y Fecha: R: 547.9 - Resultado y Fecha: R: 547.9 - Reportar Fecha de las dosis de cada vacuna	MESTRE EN F	PRÁCTICA: 7						
EXÁMEN DE ANTICUERPOS REPORTAR RESULTADOS HEPATITIS B								
EXÁMEN DE ANTICUERPOS REPORTAR RESULTADOS (marcar con una X y poner el valor del resultado) VARICELA (marcar con una X y poner el valor del resultado) X NEGATIVO Resultado y Fecha: R: 841 I VARICELA (marcar con una X y poner el valor del resultado) Reportar Fecha de las dosis de cada vacuna 17/09/2016	INFORMACIÓN DE VACUNACIÓN							
REPORTAR RESULTADOS VARICELA (marcar con una X y poner el valor del resultado) Reportar Fecha de las dosis de cada vacuna 17/09/2016			(marcar con una X y poner el valor del	х	NEGATIVO	Resultado y Fecha: R: 841F: 20/10/20		
17/09/2016 TETANO 17/09/2016			(marcar con una X y poner el valor del	х	NEGATIVO	Resultado y Fecha	a: R: 547.9F: 20/10/2	
HEPATITIS B 17/09/2016 TETANO 17/09/2016	Reportar Fecha de las dosis de cada vacuna							
	HEPATITIS B 17/09/2016			TETANO	17/09/2016			
VARICELA 17/09/2016 HEPATITIS A	VARICELA 17/09/2016			HEPATITIS A				
NEUMOCOCO 15/05/2008 INFLUENZA 12/08/2020	NEUMOCOCO 15/05/2008				INFLUENZA	12/08/2020		
TRIPLE VIRAL 22/11/2003 FIEBRE AMARILLA 10/04/2007	TRIPLE VIRAL 22/11/2003			FIEBRE AMARILLA	10/04/2007			



C.E:

17

2017

16/06/2008