Anexo 3

FICHA PERSONAL ESTUDIANTE EN INTERNADO/PRÁCTICA (IQUIQUE)

**ANTECEDENTES DEL ALUMNO**

1. **DATOS PERSONALES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre Completo** |  | | | |
| **Fecha de Nacimiento** |  | **Edad** | |  |
| **Cedula de Identidad** |  | **Estado Civil** | |  |
| **Domicilio Familiar** |  | **Ciudad** | |  |
| **Domicilio Residencia** |  | **Ciudad** |  | |
| **Teléfono Fijo/ Celular** |  | **Celular** |  | |
| **E-mail** |  | | | |
| **Antecedentes de salud/ enfermedad** |  | | | |
| **Alergias** |  | | | |
| **Vacunas** |  | | | |

1. **DATOS DE FAMILIAR DIRECTO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre Completo** |  | | |
| **Domicilio Familiar** |  | **Ciudad** |  |
| **Teléfono Fijo/ Celular** |  | **Celular** |  |
| **E-mail** |  | | |

1. **DATOS GENERALES DE LA INSTITUCION**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre Institución** | Universidad Arturo Prat | |
| **Dirección** | Avda. Arturo Prat # 2120 | |
| **Nombre Coordinador (a) institucional de campo clínico.** | Sra. Carolina Moscoso Barrueto | |
| **Teléfono Oficina** | 572526773 | **Email :** cmoscoso@unap.cl |
| **Nombre Coordinador (a) campo clínico de Carrera** |  | |
| **Teléfono Oficina** |  | **Email :** |

1. **ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN**

CERTIFICADO VACUNAS (cara 2: Datos de vacunas administradas)

CERTIFICADO VACUNAS (cara 1: Datos de identificación)