DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA LAS PRÁCTICAS FORMATIVAS I-II DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

FACULTAD DE SALUD

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre Del Estudiante:** | | | | |
| **DOCUMENTOS** | | | **Si** | **No** |
| **Formato Hoja De Vida Con Foto** | | |  |  |
| **Record Académico Actualizado** | | |  |  |
| **Fotocopia Cédula De Ciudadanía** | | |  |  |
| **Fotocopia Carné Estudiantil** | | |  |  |
| **Fotocopia Del Certificado EPS** | | |  |  |
| **Fotocopia Libreta Militar** | | |  |  |
| **Informe Psicológico** | | |  |  |
| **Vacunas** | **Hepatitis B** | **Primera Dosis** |  |  |
| **Segunda Dosis (Al mes de la primera dosis)** |  |  |
| **Tercera Dosis ( A los 6 meses de la primera dosis)** |  |  |
| **Tétano** | **Primera Dosis** |  |  |
| **Segunda Dosis (Al mes de la primera dosis)** |  |  |
| **Tercera Dosis ( A los 6 meses de la Segunda dosis)** |  |  |
| **Cuarta Dosis ( Al año de la tercera dosis)** |  |  |
| **Fiebre Amarilla** | **Dosis única (Revacunación cada 20 años)** |  |  |
| **Triple Viral (Sarampión, rubéola y Paperas)** | **Dosis Única** |  |  |
| **Contra la Influenza** | **Dosis Única anual** |  |  |
| **Resultado de prueba de titulación de anticuerpos Hepatitis B** | | |  |  |
| **Entrevista** | | |  |  |

|  |
| --- |
| **Observaciones:** |
| **Docente Comité de Práctica:** |
| **Firma Estudiante:** |