



REPÚBLICA DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD

## CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Nombre: **Camila Ignacia Velasquez Muñoz**  
Documento: **RUN 203180349**  
Fecha de Nacimiento: **07-02-2000**  
Sexo: **Mujer**

|                      |                                    |
|----------------------|------------------------------------|
| Vacuna:              | <b>Influenza 2026</b>              |
| Dosis:               | Única (0,5 ml)                     |
| Fecha de Vacunación: | 21-03-2026                         |
| Establecimiento:     | Centro de Salud Familiar Matta Sur |
| Lote:                | CA202601007                        |

|                      |                                     |
|----------------------|-------------------------------------|
| Vacuna:              | <b>Moderna LP.8.1</b>               |
| Dosis:               | Única (0,5 ml)                      |
| Fecha de Vacunación: | 24-03-2026                          |
| Establecimiento:     | Hospital Clínico San Borja Arriarán |
| Lote:                | 3052667 (monodosis)                 |

Como lo establece el Programa Nacional de Inmunizaciones del Ministerio de Salud de Chile

Fecha de emisión: 24-03-2026 09:46

FIRMA PERSONAL RESPONSABLE

TIMBRE ESTABLECIMIENTO

