



Centro de Salud Familiar
**Dr. Agustín
Cruz Melo**

COMPROBANTE DE VACUNACIÓN

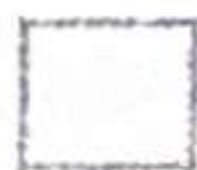
FECHA DE VACUNACIÓN:

NOMBRE:

RUT:

ANDRES SAN CARLOS LEA
ROS
20.721.245-0

VACUNA:



Influenza



Covid-19



Neumo

Otra: