

CESFAM DR AGUSTIN CRUZ MELO

NOMBRE *Magdalena Luengo*

DOCUMENTO *209455374*

FECHA *28.05.21*

TIPO DE VACUNA

Influenza

CESFAM DR AGUSTIN CRUZ MELO

NOMBRE *Magdalena Luengo*

DOCUMENTO *209455374*

FECHA *24/5*

TIPO DE VACUNA

Influenza



FOLIO: 3306734

REPÚBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Nombre: **magdalena sofia luengo claveria**
Documento: **RUN 209455374**
Fecha de Nacimiento: **04-01-2002**
Edad: **23 años 2 meses 30 días**

Fecha de Vacunación	Vacuna	Dosis	Lote	Establecimiento
01-04-2025	Moderna JN.1	Refuerzo	811013A	Centro de Salud Familiar Agustín Cruz Melo
01-04-2025	Influenza 2025	Única (0,5 ml)	CA202412043	Centro de Salud Familiar Agustín Cruz Melo

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

Fecha de emisión: 03-04-2025 17:11

FIRMA PERSONAL RESPONSABLE

TIMBRE ESTABLECIMIENTO