



REPÚBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Nombre: **michaela villarroel soto**
Documento: **RUN 213713736**
Fecha de Nacimiento: **10/08/2003**
Sexo: **Mujer**

Vacuna:	Pfizer LP.8.1
Dosis:	Única (0,3 ml)
Fecha de Vacunación:	07/10/2026
Establecimiento:	Clínica Hospital del Profesor
Lote:	NC1906

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

Fecha de emisión: **07/10/2026 14:50**

FIRMA PERSONAL RESPONSABLE

VACUNATORIO 
TIMBRE ESTABLECIMIENTO