



Departamento
de Salud
de Chile

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

COMPROBANTE DE VACUNACIÓN

FECHA DE VACUNACIÓN: 07/04/26
NOMBRE: **Martina Gonzalez**
RUT: **21981225-6**

VACUNA:

Influenza

Covid-19

Neumo

Otra: _____