



REPÚBLICA DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD

## CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Nombre: **PAULA IGNACIA DEL CAMPO CARRASCO**  
Documento: **RUN 213286269**  
Fecha de Nacimiento: **30-06-2003**  
Sexo: **Mujer**

|                      |  |
|----------------------|--|
| Vacuna:              | <b>Influenza 2025</b>                      |
| Dosis:               | Única (0,5 ml)                             |
| Fecha de Vacunación: | 03-04-2025                                 |
| Establecimiento:     | Centro de Salud Familiar Apoquindo         |
| Lote:                | CA202412043                                |
| Vacuna:              | <b>Moderna JN.1</b>                        |
| Dosis:               | Refuerzo                                   |
| Fecha de Vacunación: | 20-05-2025                                 |
| Establecimiento:     | Centro de Salud Familiar N° 1 Puerto Varas |
| Lote:                | 811019A                                    |

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

Fecha de emisión: 20-05-2025 17:01

FIRMA PERSONAL RESPONSABLE

