



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

**COMPROBANTE DE
VACUNACIÓN**

FECHA DE VACUNACIÓN: 15/05/26

NOMBRE: Maximiliano González

RUT: 21.736.051-K

VACUNA:

☐

Influenza

☒

Covid-19

☐

Neumo

Otra: _____