



FOLIO: 3806217

REPÚBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Nombre: **MIA CATALINA CORTES OLIVARES**
Documento: **RUN 222334845**
Fecha de Nacimiento: **05-10-2006**
Edad: **19 años 1 mes 28 días**

Fecha de Vacunación	Vacuna	Dosis	Lote	Establecimiento
12-05-2025	Hepatitis B adulto (sector privado)	1° Dosis	Lote privado	Hospital Clínico Universidad de Chile
19-06-2025	Hepatitis B adulto (sector privado)	2° Dosis	Lote privado	Hospital Clínico Universidad de Chile
20-11-2025	Hepatitis B adulto (sector privado)	3° Dosis	Lote privado	Hospital Clínico Universidad de Chile

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

Fecha de emisión: 03-12-2025 08:24

FIRMA PERSONAL RESPONSABLE

TIMBRE ESTABLECIMIENTO

