Vacuna	Dosis	Lote	Fecha Aplicación	Firma Vacunador
Influenza*				
DPT				
Neumococo				
Hepatitis A				
F. Tifoidea				
Hepatitis B				
Varicela				
Triple Viral				
Toxoide Tetánico y Diptérico				
Fiebre Amarilla				

Calle 11No. 8-47 - Teléfono 770 4044 - Fax 770 6814

Cruz Roja Colombiana U.M. Sogamos

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Nombre: _____

Teléfono: _____ **Doc. Ident.** _____

Habilitado ante la Secretaria de Salud de Boyacá
Reg. 95352