

# ~~Centro Médico~~ Certificado de ~~Vacunación~~ VACUNACIÓN

Institución: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Guia Lopez Suarez

Identificación: \_\_\_\_\_

1.014.292102

Tel: \_\_\_\_\_

Vacuna	Dosis	Fecha Aplicación	Lote No.	Firma Vacunador
<u>HB</u>	<u>1RA</u>	<u>10 6 FEB 2020</u>	<u>UFX12002 ME JACO</u>	
<u>HB</u>	<u>2DA</u>	<u>6 MAR 2020</u>		
<u>HB</u>	<u>3RA</u>			