## **Formato para vacuna covid**

[Coloca aquí tu logo]

**Nombre del Paciente:**

[Nombre Completo]

**Número de Identificación:**

[Número de ID]

**Fecha de Nacimiento:**

[dd/mm/aaaa]

**Tipo de Vacuna:**

[Nombre de la Vacuna]

**Fecha de Vacunación:**

[dd/mm/aaaa]

**Número de Dosis:**

[1, 2, 3, etc.]

**Centro de Vacunación:**

[Nombre del Centro]

**Nombre del Profesional de Salud:**

[Nombre del Profesional]

**Firma del Profesional de Salud:**

[Firma]

**Fecha:**

[dd/mm/aaaa]