

Certificado COVID-19



Datos de la persona

Nombre: **María Carolina**

Apellido: **Gonzalez**

Número de documento: **24940542**

Vacuna

Dosis: **1**

Fecha de aplicación: **23/06/2021**

Marca: **SINOPHARM**

Lugar: **Ciudad de Buenos Aires**

Dosis: **2**

Fecha de aplicación: **15/07/2021**

Marca: **SINOPHARM**

Lugar: **Ciudad de Buenos Aires**

Dosis: **3**

Fecha de aplicación: **11/12/2021**

Marca: **ASTRAZENECA**

Lugar: **Ciudad de Buenos Aires**

Dosis: **4**

Fecha de aplicación: **05/06/2022**

Marca: **MODERNA**

Lugar: **Ciudad de Buenos Aires**

Último testeo

Estudio: **hisopado** Técnica: **test rápido antigénico**

Fecha del estudio: **23/05/2022**

Resultado: **negativo**