

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA

El presente certificado solo será válido si la vacuna o el tratamiento profiláctico administrado ha sido aprobado por la Organización Mundial de la Salud.

El presente certificado deberá ir firmado de su puño y letra por el clínico, que habrá de ser el médico o el agente de salud autorizado que ha supervisado la administración de la vacuna o el tratamiento profiláctico. El certificado ha de llevar el sello oficial del centro administrador; sin embargo el sello oficial no podrá aceptarse en sustitución de la firma.

Las enmiendas, tachaduras o borrados, o la omisión de cualquiera de los datos requeridos podrán acarrear la invalidez del presente certificado.

This certificate is valid only if the vaccine or prophylaxis used has been approved by the World Health Organization. This certificate must be signed in the hand of the clinician, who shall be a medical practitioner or other authorized health worker, supervising the administration of the vaccine or prophylaxis. The certificate must also bear the official stamp of the administering centre; however, this shall not be an accepted substitute for the signature. Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it, may render it invalid.



CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACIÓN O PROFILAXIS

INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



WORLD HEALTH ORGANIZATION

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACION O PROFILAXIS INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS

Certifíquese que (nombre)
This is to certify that

Nacido (a) el
Date of birth
26/01/1985

Sexo
Sex
Femenino

Nacionalidad
Nationality
Argentina

Documento de identificación N°
Travel document N°
4457888

Cuya firma aparece a continuación
Whose signature follows

En la fecha indicada ha sido vacunado (a) o ha recibido tratamiento profiláctico contra (Nombre de la enfermedad):
Has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against (name of disease or condition):

FIEBRE AMARILLA - YELLOW FEVER

De conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional.
In accordance with the International Health Regulations.

VACUNA O PROFILAXIS VACCINE OR PROPHYLAXIS	FECHA DATE	FIRMA Y TÍTULO DEL VACUNADOR SIGNATURE AND PROFESSIONAL STATUS OF VACCINATOR	FABRICANTE DE LA VACUNA O PRODUCTO PROFILÁCTICO Y N° DE LOTE MANUFACTURER AND BATCH N° OF VACCINE OR PROPHYLAXIS	VALIDEZ DEL CERTIFICADO DESDE / HASTA CERTIFICATE VALID FROM / UNTIL	SELLO OFICIAL DEL CENTRO ADMINISTRADOR OFFICIAL STAMP OF VACCINATION CENTRE
1. FIEBRE AMARILLA YELLOW FEVER	12/04/2017	 Dra. SILVIA AGUIRRE M.N. 66.269 Sanidad Fronteras Ministerio de Salud	STAMARIL M5587	DE POR VIDA LIFELONG	