

## VACUNA FIEBRE AMARILLA

Quiénes deben y quienes no deben vacunarse contra la fiebre amarilla

<https://www.argentina.gob.ar/salud/fiebreamarilla>

### CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACION

En cumplimiento con el **Reglamento Sanitario Internacional**, la vacunación siempre deberá estar asentada en el certificado internacional de vacunación. El Certificado debe ajustarse al modelo y contenidos mencionados en el RSI, siendo indistinto el color, gramaje y tamaño del papel utilizado en la confección del mismo. El Certificado Internacional se utilizará para registrar la **vacunación** como así también la **exención**.

De conformidad con la modificación al RSI (2005) adoptada por la **Asamblea Mundial de la Salud** en la resolución WHA67.13, a partir del 11 de julio de 2016 el **periodo de validez de todos los certificados de vacunación contra la fiebre amarilla**, incluidos tanto los ya expedidos como los nuevos, pasa de 10 años a la **totalidad de la vida de la persona vacunada**. Por consiguiente, a partir del 11 de julio de 2016, no se pueden rechazar los certificados de vacunación válidos presentados por las personas viajeras que lleguen a un país por el hecho de que hayan pasado más de 10 años desde la fecha efectiva de vacunación indicada en el certificado; tampoco se pueden exigir dosis de refuerzo o revacunaciones.

### ¿Cómo completarlo?

Nombre de quien se  
vacuna tal como figura  
en **DNI**, en castellano.

Firma y  
aclaración del  
vacunado/a.

Fiebre  
amarilla /  
yellow fever

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

Certificase que (nombre) \_\_\_\_\_ Nacido (a) el \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
This is to certify that \_\_\_\_\_ Date of birth \_\_\_\_\_ Sex \_\_\_\_\_

Nacionalidad \_\_\_\_\_ Documento de identificación N° \_\_\_\_\_  
Nationality \_\_\_\_\_ Travel document N° \_\_\_\_\_

Cuya firma aparece a continuación \_\_\_\_\_  
Whose signature follows \_\_\_\_\_

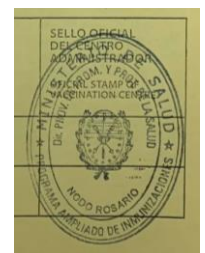
En la fecha indicada ha sido vacunado (a) o ha recibido tratamiento profiláctico contra (Nombre de la enfermedad):  
Has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against (name of disease or condition):

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

| VACUNA O<br>PROFILAXIS    | FECHA | FIRMA Y TÍTULO<br>DEL VACUNADOR                    | FABRICANTE DE LA VACUNA<br>O PRODUCTO PROFILÁCTICO<br>Y N° DE LOTE | VALIDEZ DEL<br>CERTIFICADO<br>DESDE / HASTA | SELLO OFICIAL<br>DEL CENTRO<br>ADMINISTRADOR |
|---------------------------|-------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|
| VACCINE OR<br>PROPHYLAXIS | DATE  | SIGNATURE AND PROFESSIONAL<br>STATUS OF VACCINATOR | MANUFACTURER AND<br>BATCH N° OF VACCINE OR<br>PROPHYLAXIS          | CERTIFICATE<br>VALID FROM / UNTIL           | OFFICIAL STAMP OF<br>VACCINATION CENTRE      |
| 1.                        |       |                                                    |                                                                    |                                             |                                              |
| 2.                        |       |                                                    |                                                                    |                                             |                                              |

Completar en  
castellano e inglés:  
**Femenino/female**  
**Masculino/male**

Completar en  
castellano e inglés:  
**Vacuna Fiebre**  
**Amarilla/Yellow**  
**fever vaccine**



Fecha de  
aplicación

Firma y sello del  
enfermero/vacunador

**STAMARIL y**  
Lote

**De por**  
**vida/lifelong**

Sello oficial de la Institución

**Ejemplo:**

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

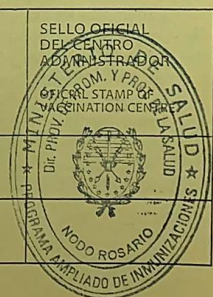
Certificase que (nombre) Aguirre Celeste Luz Nacido (a) el 24/09/1998 Sexo Female/  
This is to certify that \_\_\_\_\_ Date of birth \_\_\_\_\_ Sex Femenino

Nacionalidad Argentina Documento de identificación N° 41.192.934  
Nationality \_\_\_\_\_ Travel document N° \_\_\_\_\_

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):  
Vacuna Fiebre Amarilla / Yellow Fever Vaccine

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

| VACUNA O<br>PROFILAXIS                         | FECHA             | FIRMA Y TÍTULO<br>DEL VACUNADOR                                             | FABRICANTE DE LA VACUNA<br>O PRODUCTO PROFILÁCTICO<br>Y N° DE LOTE | VALIDEZ DEL<br>CERTIFICADO<br>DESDE / HASTA | SELLO OFICIAL<br>DEL CENTRO<br>ADMINISTRADOR                                         |
|------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| VACCINE OR<br>PROPHYLAXIS                      | DATE              | SIGNATURE AND PROFESSIONAL<br>STATUS OF VACCINATOR                          | MANUFACTURER AND<br>BATCH N° OF VACCINE OR<br>PROPHYLAXIS          | CERTIFICATE<br>VALID<br>FROM / UNTIL        | OFFICIAL STAMP OF<br>VACCINATION CENTER                                              |
| <u>Fiebre<br/>1. Amarilla<br/>Yellow Fever</u> | <u>31/01/2024</u> | <u>DESCHILINA</u><br>Referente SICAP<br>NODO ROSARIO<br>MINISTERIO DE SALUD | <u>Stamaril</u><br><u>V3C461V</u>                                  | <b>DE POR VIDA<br/>LIFELONG</b>             |  |
| <u>2.</u>                                      |                   |                                                                             |                                                                    |                                             |                                                                                      |

**CERTIFICADO DE EXENCIÓN (para quién no pueda aplicarse la vacuna).**

Para el caso de los pacientes que presenten condiciones de base que cumplan los criterios de **precaución o contraindicación**, se puede elaborar el certificado de exención. El mismo deberá ser acreditado por la autoridad sanitaria competente. Se debe recordar al viajero, que es el país receptor quien finalmente decidirá si acepta o no dicho certificado y le permite el ingreso sin vacuna al país.

**¿Qué se necesita para completar certificado de exención?**

- DNI o pasaporte
- Certificado médico que acredite el diagnóstico que justifique la exención.
- Carné de vacunación.

Como completar el carné en pacientes que **NO** pueden vacunarse por **enfermedad**:

Nombre de quien se vacuna tal como figura en DNI, en castellano.

Completar en castellano e inglés:  
**Femenino/female**  
**Masculino/male**

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

Certificase que (nombre) Aguirre Celeste Luz Nacido (a) el 24/09/1998 Sexo Femenino  
This is to certify that \_\_\_\_\_ Date of birth \_\_\_\_\_ Sex \_\_\_\_\_

Nacionalidad Argentina Documento de identificación N° 41.192.934  
Nationality \_\_\_\_\_ Travel document N° \_\_\_\_\_

Cuya firma aparece a continuación Aguirre Celeste  
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, no vacunado(a) por condiciones médicas transitorias  
Yellow fever, not vaccinated due to transient medical condition

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

| VACUNA O PROFILAXIS    | FECHA             | FIRMA Y TÍTULO DEL VACUNADOR                                                   | FABRICANTE DE LA VACUNA O PRODUCTO PROFILÁCTICO Y N° DE LOTE | VALIDEZ DEL CERTIFICADO DESDE / HASTA | SELLO OFICIAL DEL CENTRO ADMINISTRADOR                                               |
|------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| VACCINE OR PROPHYLAXIS | DATE              | SIGNATURE AND PROFESSIONAL STATUS OF VACCINATOR                                | MANUFACTURER AND BATCH N° OF VACCINE OR PROPHYLAXIS          | CERTIFICATE VALID FROM / UNTIL        | OFFICIAL STAMP OF VACCINATION CENTRE                                                 |
| 1. <u>—</u>            | <u>31/01/2021</u> | <u>Dra. SANDRA PRAZZA</u><br><u>EPIDEMIOLOGA</u><br><u>MINISTERIO DE SALUD</u> | <u>—</u>                                                     | <u>—</u>                              |  |
| 2. <u>—</u>            | <u>—</u>          | <u>—</u>                                                                       | <u>—</u>                                                     | <u>—</u>                              |                                                                                      |

Fecha

Firma y sello del médico

Sello oficial de la Institución

**Ejemplos:**

- Fiebre Amarilla, no vacunado por condiciones médicas transitorias / Yellow Fever, no vaccinated due to transient medical condition.
- Fiebre Amarilla, la persona presenta condiciones de inmunocompromiso que contraindican la vacunación / Yellow fever, the person has immunocompromising conditions that contraindicate vaccination.

**Se puede agregar en ambos casos: esta persona reside en área libre de fiebre amarilla / this person resides in an area free of yellow fever.**

Como completar el carné en pacientes que **NO** pueden vacunarse por la **EDAD**:

Nombre de quien se vacuna tal como figura en DNI, en castellano.



Completar en castellano e inglés:  
**Femenino/female**  
**Masculino/male**

Fecha

Firma y sello del enfermero/vacunador

De por vida/lifelong

Sello oficial de la Institución

Fiebre amarilla, no vacunado por riesgo etario / Yellow fever, no vaccinated due to age risk.

**Requerimiento vs recomendación de aplicación de vacuna de FA**

El “requerimiento” es una **exigencia**, establecida por los países receptores para prevenir la importación y transmisión de FA. Algunos países lo requieren para todos los viajeros y otros para los provenientes de “**áreas con riesgo aumentado de transmisión de FA**” (OMS). El “requerimiento” está sujeto a cambios en cualquier momento, por lo cual el CDC sugiere corroborar antes del viaje esta situación en la embajada del país de destino. A diferencia del “requerimiento”, la “**recomendación**” es el consejo médico, que se establece para proteger al viajero y depende de los niveles de riesgo que tenga el viaje.

La conducta de vacunar a un viajero a áreas endémicas de FA, que posee condiciones que representan una contraindicación o precaución puede ser una decisión muy difícil, sobre todo en el caso de lactantes menores de 9 meses y adultos mayores de 60 años. Se debe evaluar el **riesgo de exposición** al mosquito vector durante el viaje, contra el riesgo de presentar un **evento adverso acorde a su condición de base**. Para ello la OMS propone categorizar las regiones según riesgo de transmisión de FA y en base a ello tomar la mejor decisión.

Algunas medidas que pueden resultar útiles a la hora de decidir una estrategia son: explicar los riesgos/beneficios de la vacuna, respaldarse con la bibliografía científica, evaluar en cada caso la decisión teniendo en cuenta los diversos factores expuestos, entregar material escrito informativo al paciente y su familia, diferir la decisión para una segunda consulta (dando tiempo al paciente a considerar las posibilidades, incluso modificar el destino del viaje), e idealmente tomar la decisión en forma conjunta con el pediatra o con el médico de cabecera y la familia.

**Adultos > 60 años (evaluar riesgo epidemiológico frente al riesgo de evento adverso):**

**Cuando el viajero es mayor de 60 años y viaja a un LUGAR DE RIESGO DE FA / VACUNA ES REQUERIDA:** se sugiere aplicar la vacuna (ya que es mayor el riesgo de padecer la enfermedad que los efectos post vacunación). Se explican los riesgos que corre por la edad, y si está de acuerdo en vacunarse, se firma el **CONSENTIMIENTO INFORMADO** Y SE APLICA LA VACUNA (y se completa el **CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACIÓN**).

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA VACUNACIÓN DE PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS PARA VIAJAR A ZONAS DE RIESGO (ver hoja adjunta).**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA VACUNA CONTRA LA FIEBRE AMARILLA EN PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS EN VIAJE A ZONAS CON RIESGO**

En la ciudad de ....., a los ..... días del mes de ..... de 20....., en la dirección de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Salud de Santa Fe, manifiesto en forma libre y voluntaria que he sido ampliamente informado por el Dr./Dra. ....en cuanto a los beneficios, riesgos y alternativas de la vacunación contra la fiebre amarilla. He comprendido el sentido de la indicación de recibir la vacuna contra la fiebre amarilla ya que la misma constituye la mejor herramienta preventiva para evitar contraer la enfermedad, y que existe riesgo de adquirirla en la zona de.....donde viajaré el próximo día..... También se me ha informado que en las personas mayores de 60 años que reciben la vacuna contra la fiebre amarilla se presenta un riesgo mayor de aparición de efectos adversos graves denominados Enfermedad Viscerotrópica y Enfermedad Neurotrópica post vacunales. He comprendido que estas enfermedades post vacunales se pueden manifestar con aparición de fiebre, dolores musculares intensos, dolor de cabeza y manifestaciones digestivas, tales como diarrea, vómitos de diferente intensidad y afectación al hígado, riñón, como así también aparición de hemorragias, y en la forma neurológica con cuadros de encefalitis. También se me informó que dichos eventos pueden ser fatales hasta en el 60% de las personas afectadas. Además, se me informó que la probabilidad de padecer los eventos adversos aumenta a medida que pasan los años; he comprendido que entre los 60 y 70 años por cada 100.000 vacunas administradas, se presenta el evento en 1 a 1,1 de las personas; mientras que en personas mayores de 70 años la probabilidad aumenta a 2,3 a 3,2 casos por 100.000 dosis administradas. De todos modos, he comprendido que en caso de rechazar o no aceptar la vacuna el riesgo de contraer la enfermedad de fiebre amarilla y la consecuente enfermedad viscerotrópica aumenta considerablemente en el destino de mi viaje. Manifiesto que he leído el presente, que he formulado todas las inquietudes en relación a la vacunación, que las mismas han sido adecuadamente respondidas, y que luego de valorar los riesgos de la vacunación frente al riesgo de contraer la fiebre amarilla en el lugar de destino de viaje, consiento expresamente recibir la dosis necesaria de vacunación contra la fiebre amarilla.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

DNI: .....