

VACUNA FIEBRE AMARILLA

CERTIFICADO INTERNACIONAL:

✓ Es válido con todos los datos que requiere

¿Cómo completarlo?

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

Firma y aclaración del vacunado/a.

Fiebre amarilla / yellow fever

Fecha de aplicación

Firma y sello del enfermero/vacunador

STAMARIL y Lote

De por vida/lifelong

Sello oficial de la Institución

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

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

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

Certificase que (nombre) _____
This is to certify that _____

Nacido (a) el _____ Sexo _____
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 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.					
2.					



Ministerio de Salud

Menores de 2 años:
Requiere refuerzo

Si el vacunado es un niño menor de 2 años: NO se debe colocar De por vida/lifelong, se debe completar con: Requiere refuerzo.