

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 farmacéutico

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

Menores de 2 años de edad completar: 10 años

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACIÓN O PROFILAXIS INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS					
Certifíquese que (nombre): This is to certify that		Nacido (a) el: Date of birth		Sexo: Sex	
Nacionalidad: Nationality		Documento de identificación N°: 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 PROPHYLACTIC	VALIDEZ DEL CERTIFICADO DESDE / HASTA CERTIFICATE VALID FROM / UNTIL	SELLO OFICIAL DEL CENTRO ADMINISTRADOR OFFICIAL STAMP OF VACCINATION CENTRE
1.					
2.					

Si el vacunado es menor de 2 años de edad, en VALIDEZ DEL CERTIFICADO, se debe agregar: 10 años