

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

ID: 409628907

Certificase que (nombre) **CARLOS CELSO FERNANDEZ BURZACO** Nacido (a) el **18/9/1948** Sex **M**  
 This is to certify that ..... Date of birth ..... Sex .....

Nacionalidad **Argentina** Documento de identificación N° **5091861**  
 Nationality ..... Travel document N° .....

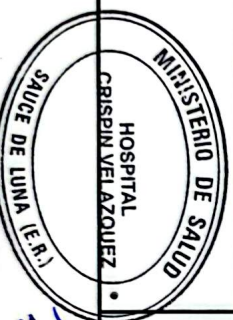
Cuya firma aparece a continuación   
 Whose signature follows .....

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):

## **FIEBRE AMARILLA - YELLOW FEVER**

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. Fiebre Amarilla	10/2/2009		- L084VFAD482	DE POR VIDA / LIFELONG	
2.					



*Handwritten signature: Carlos Celso Fernandez Burzaco*

*Handwritten signature: Gladys N. Sanchez*

Gladys N. Sanchez  
 Enfermera Profesional  
 M.P. 14936

Escalado con Caliscallid