

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.

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACIÓN O PROFILAXIS



Ministerio de Salud
Argentina

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.

INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS



Pan American
Health
Organization



World Health
Organization
REGIONAL OFFICE FOR THE AMERICAS

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

ID: 413784899

Certifíquese que (nombre) AUGUSTO MOLLI Nacido (a) el 17/6/2010 Sex M
This is to certify that Date of birth Sex
Nacionalidad Argentina Documento de identificación N°
Nationality Travel document N° 50286046

Cuya firma aparece a continuación
Whose signature follows [Signature]

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	15/1/2026	<u>[Signature]</u>	- 5DC55D1	DE POR VIDA / LIFELONG	<u>[Stamp]</u>
2.		<u>[Signature]</u>			<u>[Stamp]</u>