

HOSPITAL SAN MARTIN
VACUNACION
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
PARA PRESENTAR ANTE
AUTORIDADES QUE LO REQUIERAN
FECHA 28/08/2024

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

ID: 127986665

ALBORNOS SILVIA
Enfermera Profesional
IMP. 12964

Certifíquese que (nombre)

This is to certify that **CLAUDIA LORENA REPETTUR**

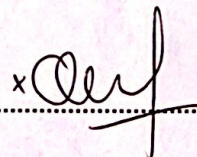
Nacido (a) el **21/2/1975**
Date of birth

Sex **F**
Sex

Nacionalidad **Argentina**
Nationality

Documento de identificación N°
Travel document N° **24414013**


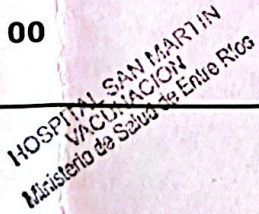

Cuya firma aparece a continuación
Whose signature follows

x 

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 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 OFICIAL STAMP OF VACCINATION CENTRE
1. Fiebre Amarilla	26/2/2008		- 00 	DE POR VIDA / LIFELONG	
2.					