

HOSPITAL SAN MARTIN
VACUNACION
ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
PARA PRESENTAR ANTE

AUTORIDADES QUE LO REQUIERAN

FECHA 18/08/2008

Certifícase que (nombre)

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

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

ALBORNOZ SILVIA
Enfermera Profesional
ID: 12964

ID: 127986665

Nacido (a) el **21/2/1975**

Sex
Sex **F**

.....

.....

Nacionalidad

Argentina

Nationality

Cuya firma aparece a continuación

Whose signature follows

x *Clery*

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.			HOSPITAL SAN MARTIN VACUNACION Ministerio de Salud del Estado Río Gallegos		