

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.					

Gladys N. Sanchez
 Enfermera Profesional
 M.P. 14736

