CERTIFICADO INTERNACIONAL DE LA VACUNACIÓN O DE LA PROFILAXIS
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE PROPHYLAXIE

Certifica que:
Diana Herrera

This is to certify that [name] / Nous certifions que [nom]

Fecha de Nacimiento Sexo Nacionalidad
2-8-83 Fem Col

date of birth/ né(e) le *Sex/ de sexe* *nationality/et de nationalité*

Documento nacional de identificación

national identification document/ document d'identification national

Vacuna o profilaxis /	Fecha	Firma y título del profesional que supervisa la aplicación
Vaccine or prophylaxis	*Date*	*Signature and professional status of supervising clinician*
Vaccin ou agent prophylactique	*Date*	*Signature et titre du clinicien responsable*
Fiebre Amarilla	04 ENE 2019	

/ INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS /

Cuya firma aparece a continuación:

whose signature follows /dont la signature suit

En la fecha indicada ha sido vacunado o recibido profilaxis contra

has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against:

a été vacciné(e) ou a reçu des agents prophylactiques à la date indiquée contre:

Fiebre Amarilla

de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional
in accordance with the International Health Regulations
Conformément au Règlement sanitaire international

Fabricante y número de lote de la vacuna o profilaxis	Certificado válido	
	Desde	**Hasta**
Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis	*Certificate valid*	
	From	*Until*
Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot	*Certificat valuable*	
	à partir du :	*jusqu'au :*
P308164 Sanof. Stamaril	Cruz Roja Colombiana Seccional Cundinamarca y Bogotá FIEBRE AMARILLA DOSIS UNICA Servicio de Vacunación	