

REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL
INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS
RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



CERTIFICADO INTERNACIONAL
DE VACUNACIÓN O PROFILAXIS

INTERNATIONAL CERTIFICATE
OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS

CERTIFICAT INTERNATIONAL
DE VACCINATION OU DE PROPHYLAXIE

Expedido a

Issued to

Délivre à

} D. Jose Luis

N.º del pasaporte o del
documento justificativo

Passport No. or Travel

Document No.

Numéro du passeport ou
de la pièce justificative

TORRES
ROIG.
} 71655004 ✓
G 011796

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE VACUNACIÓN O PROFILAXIS
INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS
CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE PROPHYLAXIE

Certifícase que:
 This is to certify that. / Nous certifions que:

nacido(a):
 date of birth:
 né(e) le:

sexo:
 sex:
 de sexe:

nacionalidad:
 nationality:
 et de nationalité:

documento nacional de identidad:
 national identification document, if applicable: / document d'identification national, le cas échéant:

cuya firma aparece a continuación:
 whose signature follows: / dont la signature suit:


ha sido vacunado(a) en la fecha indicada frente a (nombre de la enfermedad):
 has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against: (name of disease or condition):
 a été vacciné(e) ou a reçu des agents prophylactiques à la date indiquée contre: (nom de la maladie ou de l'affection):

de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional.

in accordance with the International Health Regulations / conformément au Règlement sanitaire international.

Vacuna o Profilaxis	Fecha	Firma y título profesional del clínico supervisor	Fabricante y n° de lote de la vacuna o producto preventivo	Validez del certificado desde: hasta:	Sello oficial del Centro de Vacunación
<i>Vaccine or prophylaxis</i>	<i>Date</i>	<i>Signature and professional status of supervising clinician</i>	<i>Manufacturer and batch no. of vaccine or preventive</i>	<i>Certificate valid from: until:</i>	<i>Official stamp of the administering centre</i>
<i>Vaccin ou agent prophylactique</i>	<i>Date</i>	<i>Signature et titre du clinicien responsable</i>	<i>Fabricant du vaccin ou de l'agent preventive et numéro du lot</i>	<i>Certificat valable à partir du: jusqu'au:</i>	<i>Cachet officiel du centre habilité</i>
FIEBRE AMARILLA YELLOW FEVER FIÈVRE JAUNE	23 NOV 2023	M.J. FORNELL DUE	W3	Desde / From: 1746 Hasta / Until: TODA LA VIDA FOR THE WHOLE LIFE	GR CANTIDAD EXTERIOR

OTRAS VACUNACIONES / OTHER VACCINATIONS / AUTRES VACCINATIONS

Enfermedad designada	Fecha	Fabricante, marca y nº de lote de la vacuna	Próxima dosis (fecha):	Sello oficial del Centro de Vacunación
Disease targeted	Date	Manufacturer, brand name and batch no. of vaccine	Next booster (date):	Official stamp and signature
Maladie visée	Date	Fabricant du vaccin, marque et numéro du lot	Prochain rappel (date):	Cachet officiel et signature
VACUNA FIEBRE TIFOIDEA				
VACUNA TETANOS DIFTERIA	23 NOV 2023	K 3 60811		

φ

φ