

Sr.  
Si  
de ser vac  
de las nece  
cuidado, p  
cuando int



s molestias  
o de veces  
tarjeta con  
Agentes  
reunación.

ESTE CERTIFICADO ES  
VALIDO POR CINCO AÑOS

*No 400.*

D. S. P. - Forma No 62



DEPARTAMENTO DE SALUBRIDAD  
PUBLICA

Delegación Sanitaria Federal en el Estado de

*Tom. B. G.*

El que suscribe, Médico legalmente autoriza-

do, CERTIFICA que

*S. Nava, que espunde*  
*debido a su estado, está* esta *y* vacunado

contra la viruela.

*M. M. S. P. B. G.*

*19* de *Agosto*

*19* *34*