

**DOCUMENTO NUMERO 1.**

El infrascrito, Médico de la Inspeccion núm. .... de esta Capital, certifico que .....  
niñ ..... de edad de ..... fué vacunad ..... el  
dia ..... del mes de ..... del corriente año, y que habiendo recono-  
cido en la fecha las pústulas vacunales, vi que eran legítimas.

México, ..... de 18 .....

Firma del Médico.

