



# Autorización de Vacunación de Estudiante



Centro Educativo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_  
padre/madre o responsable del estudiante:

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Grado/Sección: \_\_\_\_\_

Autorizo a mi hijo(a) para que reciba la(s) siguiente(s) vacuna(s) dentro del programa de salud escolar: \_\_\_\_\_

Declaro haber sido informado(a) sobre los propósitos, beneficios y posibles reacciones adversas comunes de la(s) vacuna(s) a administrar, y doy mi consentimiento para la misma.

Firma del padre/madre o responsable: \_\_\_\_\_

DUI: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

