



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: _____

