

## AUTORIZACION PARA VACUNACION CONTRA LA INFLUENZA DENTRO DEL PLANTEL

Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

El que suscribe padre de familia o tutor (a) de mi hijo  
(a): \_\_\_\_\_ del

grado: \_\_\_\_\_ y del grupo: \_\_\_\_\_ de la especialidad \_\_\_\_\_

doy conocimiento y autorización al departamento de Enfermería para que mi hijo (a) reciba la vacuna contra la influenza que será aplicada dentro del plantel el día 19 de octubre del presente año en un horario de 8:00 am a 13:00 hrs.

Esta autorización deberá ser firmada y entregada con copia de INE de padre familia o tutor(a) para acreditar el documento.

---

**Nombre y firma del padre o tutor.**

En caso de no estar de acuerdo favor de escribir en este apartado NO ESTOY DE ACUERDO con firma y fecha.

---