

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA VACUNACIÓN

SEÑORES PADRES DE FAMILIA Y/O TUTORES: Se les informa que a partir del mes de octubre de 2024 se iniciará la aplicación de la vacuna contra la **INFLUENZA** en la Escuela Preparatoria Oficial N0 23, por lo que se le solicita firmar la autorización de la vacuna para que su hijo pueda ser vacunado y prevenir enfermedades respiratorias.

NOMBRE DEL ALUMNO _____

GRADO _____ GRUPO _____

SI AUTORIZO

NO AUTORIZO

NOMBRE Y FIRMA DEL TUTOR
