**CONSENTIMIENTO PARA APLICACIÓN DE VACUNA INFLUENZA ESTACIONAL TEMPORADA 2022-2023**

FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ALUMNO.-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EDAD.- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

GRADO.- \_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTORIZO AL PERSONAL DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR TLALNEPANTLA ISSSTE, APLICAR VACUNA DE INFLUENZA ESTACIONAL 2022-2023**

NOMBRE DEL PADRE, MADRE Y/O TUTOR

FIRMA.- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IMPORTANTE: NO OLVIDE LA CARTILLA DE VACUNACION PARA EL REGISTRO CORRESPONDIENTE**

**Dudas y comentarios relacionados a la aplicación de la vacuna contra Influenza Estacional favor de contactar al Servicio de Medicina Preventiva 51409617 ext. 26931**

|  |  |
| --- | --- |
| RevisóRealizo | Med. Esp. Lucina Romero Zamora T.S Lic. Rafael Iván Valencia Mercado |