



## CONSENTIMIENTO PARA APLICACIÓN DE VACUNAS TEMPORADA FEBRERO 2023

FECHA: 15 DE FEBRERO DE 2023

NOMBRE DEL ALUMNO.-

\_\_\_\_\_

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

GRUPO.- \_\_\_\_\_ SEMESTRE.- \_\_\_\_\_

**AUTORIZO AL PERSONAL DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR TLALNEPANTLA IMSS,  
APLICAR LAS SIGUIENTES VACUNAS**

SARAMPIÓN   
RUBEOLA   
TOXOIDE TETÁNICO   
INFLUENZA 

NOMBRE DEL PADRE, MADRE Y/O TUTOR

\_\_\_\_\_

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

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