



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 58

**AUTORIZACIÓN PARA APLICACIÓN DE VACUNA CONTRA: TÉTANOS,
HEPATITIS B, INFLUENZA Y COVID (ABDALA)**

Fecha (dd/mm/aaaa) _____

Nombre de la escuela _____

SEÑORES PADRES DE FAMILIA Y/O TUTORES:

Se les informa que se acudirá a las instalaciones del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan, el día lunes 2 de diciembre de 2024 de 11:00 a 17:00 horas, para la aplicación de la vacuna contra tétanos, hepatitis B, influenza y COVID (Abdala). Con la finalidad de prevenir que contraigan dichas enfermedades.

SI ACEPTO NO ACEPTO GRADO ESCOLAR _____ CURP _____

Nombre del adolescente _____

Nombre de quien lo autoriza _____

PARENTESCO (MADRE, PADRE O TUTOR) _____ FIRMA _____



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 58

**AUTORIZACIÓN PARA APLICACIÓN DE VACUNA CONTRA: TÉTANOS,
HEPATITIS B, INFLUENZA Y COVID (ABDALA)**

Fecha (dd/mm/aaaa) _____

Nombre de la escuela _____

SEÑORES PADRES DE FAMILIA Y/O TUTORES:

Se les informa que se acudirá a las instalaciones del Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Naucalpan, el día lunes 2 de diciembre de 2024 de 11:00 a 17:00 horas, para la aplicación de la vacuna contra tétanos, hepatitis B, influenza y COVID (Abdala). Con la finalidad de prevenir que contraigan dichas enfermedades.

SI ACEPTO NO ACEPTO GRADO ESCOLAR _____ CURP _____

Nombre del adolescente _____

Nombre de quien lo autoriza _____

PARENTESCO (MADRE, PADRE O TUTOR) _____ FIRMA _____