



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 61

AUTORIZACIÓN PARA APLICACIÓN DE VACUNA ABDALA DE REFUERZO CONTRA EL COVID 19

Fecha (dd/mm/aaaa) _____

MADRES Y 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 30 y 31 de enero de 2024 de 8:00 a 18:30 horas para la aplicación de la vacuna de refuerzo **Abdala contra el COVID 19**.

SI ACEPTO NO ACEPTO

Nombre del adolescente _____

Número de seguridad social _____

Nombre de quien lo autoriza _____

FIRMA _____



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 61

AUTORIZACIÓN PARA APLICACIÓN DE VACUNA CONTRA LA INFLUENZA ESTACIONAL

Fecha (dd/mm/aaaa) _____

MADRES Y 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 30 y 31 de enero de 2024 de 8:00 a 18:30 horas para la aplicación de la vacuna contra la **influenza estacional**.

SI ACEPTO NO ACEPTO

Nombre del adolescente _____

Número de seguridad social _____

Nombre de quien lo autoriza _____

FIRMA _____