



Autorización aplicación de Vacuna VPH

Fecha_____ (dd/mm/aaaa)

Nombre de la Escuela Secundaria _____

SEÑORES PADRES DE FAMILIA Y/O TUTORES:

Se les informa que a partir del 21 de noviembre del 2022, iniciará la aplicación de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) a todas las niñas de 1° y 2° grado de secundaria con la finalidad de prevenir la infección por el Virus del Papiloma Humano.

Por tal motivo, se solicita de su autorización para la aplicación de la vacuna a su hija.

SI ACEPTO

NO ACEPTO

GRADO ESCOLAR_____

NOMBRE DE LA ADOLESCENTE_____

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA_____

PARENTESCO (MADRE, PADRE O TUTOR)_____ FIRMA_____

Autorización aplicación de Vacuna VPH

Fecha_____ (dd/mm/aaaa)

Nombre de la Escuela Secundaria _____

SEÑORES PADRES DE FAMILIA Y/O TUTORES:

Se les informa que a partir del 21 de noviembre del 2022, iniciará la aplicación de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) a todas las niñas de 1° y 2° grado de secundaria con la finalidad de prevenir la infección por el Virus del Papiloma Humano.

Por tal motivo, se solicita de su autorización para la aplicación de la vacuna a su hija.

SI ACEPTO

NO ACEPTO

GRADO ESCOLAR_____

NOMBRE DE LA ADOLESCENTE_____

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA_____

PARENTESCO (MADRE, PADRE O TUTOR)_____ FIRMA_____

