

ESCUELA NORMAL SUPERIOR DE IBAGUÉ

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA

Yo, _____, identificado/a con CC No. _____, en calidad de (padre, madre o acudiente) del menor _____, identificado/a con (RC / TI) No. _____, autorizo de manera voluntaria la aplicación de la vacuna contra la fiebre amarilla, en el marco de la emergencia sanitaria declarada por brote de esta enfermedad.

Declaro haber sido informado/a sobre los beneficios y posibles reacciones de la vacuna, y manifiesto que todas mis dudas han sido resueltas.

Firma del padre, madre o acudiente: _____ **C.C.** _____

Teléfono de contacto: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

ESCUELA NORMAL SUPERIOR DE IBAGUÉ

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA

Yo, _____, identificado/a con CC No. _____, en calidad de (padre, madre o acudiente) del menor _____, identificado/a con (RC / TI) No. _____, autorizo de manera voluntaria la aplicación de la vacuna contra la fiebre amarilla, en el marco de la emergencia sanitaria declarada por brote de esta enfermedad.

Declaro haber sido informado/a sobre los beneficios y posibles reacciones de la vacuna, y manifiesto que todas mis dudas han sido resueltas.

Firma del padre, madre o acudiente: _____ **C.C.** _____

Teléfono de contacto: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

ESCUELA NORMAL SUPERIOR DE IBAGUÉ

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA

Yo, _____, identificado/a con CC No. _____, en calidad de (padre, madre o acudiente) del menor _____, identificado/a con (RC / TI) No. _____, autorizo de manera voluntaria la aplicación de la vacuna contra la fiebre amarilla, en el marco de la emergencia sanitaria declarada por brote de esta enfermedad.

Declaro haber sido informado/a sobre los beneficios y posibles reacciones de la vacuna, y manifiesto que todas mis dudas han sido resueltas.

Firma del padre, madre o acudiente: _____ **C.C.** _____

Teléfono de contacto: _____

Fecha: ____ / ____ / ____