



FECHA: _____

CENTRO DE ESTUDIOS CIENTÍFICOS Y TECNOLÓGICOS NO. 5 “BENITO JUÁREZ”

CONSENTIMIENTO DE VACUNACIÓN

PADRES DE FAMILIA Y/O TUTORES

SE LES INFORMA QUE EL 28 Y 29 DE SEPTIEMBRE DE 2026 SE INICIARÁ LA APLICACIÓN DE VACUNAS **TOXOIDE TETÁNICO (TETANOS), SARAMPIÓN Y RUBÉOLA** PARA LOS ALUMNOS DE PRIMER SEMESTRE, CON LA FINALIDAD DE PREVENIR LA INFECCIÓN Y PROPAGACIÓN DE DICHAS ENFERMEDADES.

ES IMPORTANTE CONOCER QUE PUEDEN LLEGAR A PRESENTARSE REACCIONES ADVERSAS EN UN MUY BAJO PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN A LA CUAL SE APLIQUEN LAS VACUNAS, TALES COMO DOLOR EN EL SITIO DE APLICACIÓN, DOLOR DE CABEZA, FATIGA Y MALESTAR GENERAL; SÍNTOMAS QUE RESUELVEN EN FORMA ESPONTÁNEA, PERO DE PRESENTARSE, SE RECOMIENDA ACUDIR A LA UNIDAD DE SALUD MÁS CERCANA A SU DOMICILIO PARA SU EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE SER NECESARIO.

POR TAL MOTIVO, SE SOLICITA SU AUTORIZACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA A SU HIJO/A.

☐	SI ACEPTO	☐	NO ACEPTO
--------------------------	-----------	--------------------------	-----------

Nombre del alumno: _____ SEMESTRE _____

CURP: _____

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA: _____ PARENTESCO _____

FIRMA _____

ATTE. SERVICIO MÉDICO

*EN CASO DE ACEPTAR, POR FAVOR PRESENTAR CARTILLA NACIONAL DE SALUD PARA EL REGISTRO DE LA DOSIS APLICADA, EN CASO CONTRARIO SE LE PROPORCIONARÁ UN COMPROBANTE DE VACUNACIÓN PROVISIONAL.