



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
CENTRO DE ESTUDIOS CIENTÍFICOS
Y TECNOLÓGICOS No.8
"NARCISO BASSOLS"
SERVICIO MÉDICO



Asunto

Autorización vacunación

Ciudad de México, a _____ de _____ de 20_____.

Autorizo la aplicación de la vacuna (marque con "X" las vacunas que autoriza)

() Sarampión y Rubéola, () Influenza Estacional, () Tétanos y Difteria,
() Hepatitis B, () COVID-19; a mi hijo (a)
_____ del grupo _____ con

Número de boleta _____.

El día _____. Esto como parte de una las acciones del programa "PREVENIMSS" del convenio que se tiene entre el IMSS-IPN.

***NOTA: Favor de traer cartilla de vacunación actual si es que cuenta con ella y hoja de cédula prevenimss (la cual se obtuvo con anterioridad en el procedimiento de plataforma sisai) con datos personales agregando grupo en la parte superior derecha de la hoja.**

Nombre y Firma del padre, madre o tutor que autoriza.