

Consentimiento de Madre, Padre de Familia o Tutor Legal para la Vacunación de Menores de Edad

OTORGO MI CONSENTIMIENTO para que el menor de edad nombrado en la parte inferior de este documento sea vacunado con la Vacuna Antihepatitis B, y entiendo que es posible que no se me exija acompañar al menor de edad y que al dar mi consentimiento, el menor de edad recibirá la Vacuna Antihepatitis B. El alcance de este consentimiento incluye solamente la administración de la vacuna. La atención y los tratamientos inmediatamente después de la administración de la vacuna serán atendidos por mí (si este consentimiento no está firmado y fechado, el menor de edad no podrá ser vacunado).

Anexo copia de mi INE para su cotejo.

Nombre del menor de edad

Relación con el menor de edad

Nombre de la madre, padre de familia o tutor legal

Firma de la madre, padre de familia o tutor legal

Número de celular de la madre, padre de familia o tutor legal

Fecha

***Para que el menor de edad sea vacunado, debe entregar este consentimiento firmado y cotejado con el INE, así también debe acudir con su cartilla de vacunación.**

COPIA DEL INE (ANVERSO)

COPIA DEL INE (REVERSO)