



**UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE
ZACATECAS**
FRANCISCO GARCÍA SALINAS



**UNIDAD
ACADÉMICA DE
SECUNDARIA**

Consentimiento informado para la vacunación contra el SARAMPIÓN y la aplicación de otras vacunas faltantes en esquema de vacunación

FECHA:	CURP:
NOMBRE DE LA ESCUELA:	

SEÑORES PADRES DE FAMILIA Y/O TUTORES: Se les informa día 24 del mes de febrero de 2026 se realizará la aplicación de la vacuna contra el Sarampión y, en su caso, de las vacunas que hagan falta por esquema de vacunación a todas las y los estudiantes de la Unidad Académica de Secundaria. Aquellas niñas y niños que no cuenten con cartilla de vacunación, y les sea autorizado por medio del presente, se les tendrá que aplicar todas las vacunas que les correspondan por edad.

Adicionalmente, se les informa que, con una baja frecuencia, entre el primer y doceavo día después de la aplicación de la vacuna, se podría presentar dolor, enrojecimiento e hinchazón ligero en el sitio de aplicación, dolor de cabeza, fatiga y malestar general. Síntomas que se resuelven de forma espontánea, sin embargo, de presentarse de manera persistente, se recomienda acudir a la unidad de salud más cercana a su domicilio para su evaluación y tratamiento de ser necesario.

Por lo anterior, se solicita su autorización para la aplicación de la vacuna contra el sarampión

SI ACEPTO NO ACEPTO

SI ACEPTA QUE SE LE APLIQUE LA VACUNA CONTRA EL SARAMPIÓN A SU HIJA (O), FAVOR DE LLENAR EL SIGUIENTE FORMULARIO:

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:		GRADO Y GRUPO:
ENTIDAD FEDERATIVA DE RESIDENCIA:	DERECHOHABIENTE (colocar IMSS, ISSSTE, otro):	
NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA:	PARENTESCO:	
FIRMA:		

- En caso de aceptar, deberá presentar la Cartilla Nacional de Salud para el registro de la dosis aplicada, en caso de que no cuente con cartilla, se le proporcionará un comprobante de vacunación provisional.

AUTORIZA QUE A SU HIJA (O) SE LE COMPLETE EL ESQUEMA DE VACUNACIÓN (sujeto a disponibilidad)

SI ACEPTO NO ACEPTO

