**AUTORIZACIÓN PARA VACUNAR A MI PUPILO**

Yo…………………………………………C.I…………………………………….

Apoderado de …………….……………………………………….. Autorizo para

que mi hijo/a sea inmunizado(a) contra la influenza por personal del CESFAM

Marta Ugarte Román.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 firma fecha

Dentro de las contraindicaciones para la inmunización solo aquellas personas que manifiesten : Hipersensibilidad inmediata a los componentes de la vacuna Trazas de **huevo**, formaldehido, bromuro de cetiltrimetilamonio, polisorbato o **Gentamicina**, serán eximidas del procedimiento y bajo rechazo con certificado médico.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



 **AUTORIZACIÓN PARA VACUNAR A MI PUPILO**

Yo…………………………………………C.I…………………………………….

Apoderado de …………….……………………………………….. Autorizo para

que mi hijo/a sea inmunizado(a) contra la influenza por personal del CESFAM

Marta Ugarte Román.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 firma fecha

Dentro de las contraindicaciones para la inmunización solo aquellas personas que manifiesten : Hipersensibilidad inmediata a los componentes de la vacuna Trazas de **huevo**, formaldehido, bromuro de cetiltrimetilamonio, polisorbato o **Gentamicina**, serán eximidas del procedimiento y bajo rechazo con certificado médico.