



MUNICIPALIDAD DE
ALTO HOSPICIO
Nuestro mejor proyecto de Vida



AUTORIZACIÓN VACUNACIÓN CONTRA SARS COV2 NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Nombre niño(a) y/o adolescente:

Rut: _____ Edad: _____

Nombre adulto responsable:

Rut: _____

Relación con el niño(a) y/o adolescente:

MADRE	PADRE	TUTOR LEGAL
-------	-------	-------------

Declaro que he sido informado de la Campaña de vacunación contra SARS COV2 en niños y adolescentes de 3 a 17 años, vacuna que será administrada, componentes de la Vacuna y procesos técnicos que implica la vacunación. Por lo cual, autorizo la administración de la vacuna contra SARS COV2 a mi hijo (a) o pupilo.

Firma madre, padre y/o tutor legal

Fecha: _____



MUNICIPALIDAD DE
ALTO HOSPICIO
Nuestro mejor proyecto de Vida



AUTORIZACIÓN VACUNACIÓN CONTRA SARS COV2 NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

Nombre niño(a) y/o adolescente:

Rut: _____ Edad: _____

Nombre adulto responsable:

Rut: _____

Relación con el niño(a) y/o adolescente:

MADRE	PADRE	TUTOR LEGAL
-------	-------	-------------

Declaro que he sido informado de la Campaña de vacunación contra SARS COV2 en niños y adolescentes de 3 a 17 años, vacuna que será administrada, componentes de la Vacuna y procesos técnicos que implica la vacunación. Por lo cual, autorizo la administración de la vacuna contra SARS COV2 a mi hijo (a) o pupilo.

Firma madre, padre y/o tutor legal

Fecha: _____