



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 18

FECHA DE VACUNACIÓN: _____

Por medio de la presente _____ autorizo a mi hijo(a) de bachillerato para que le sea aplicada la vacuna contra la **INFLUENZA**..

Nombre del /la alumno(a): _____NSS _____

Nombre y Firma del padre/madre o tutor: _____