



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
SALUD UNAM
DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombre completo			
Edad		No. de cuenta	
No. de seguridad social			
CURP			
Plantel/ Facultad			
Vacunas a aplicar	<input type="checkbox"/> COVID, <input type="checkbox"/> Neumococo	<input type="checkbox"/> Triple Viral (Sarampión, Rubéola y Parotiditis) <input type="checkbox"/> Influenza	

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VACUNACIÓN

Información para padres y/o tutores

VACUNACIÓN. - La vacunación es una de las principales medidas de prevención para proteger la salud individual y colectiva. Las vacunas pueden producir, en algunos casos, reacciones leves y autolimitadas, tales como:

- Dolor, enrojecimiento o inflamación en el sitio de aplicación.
- Malestar general, fiebre, dolor de cabeza o síntomas similares a un resfriado.

Firma del padre, madre o tutor

Nombre completo: _____

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / 20____

Firma del vacunador: _____

“ES MUY IMPORTANTE LLEVAR LA CARTILLA DE VACUNACIÓN”

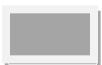
CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA EL EXAMEN MÉDICO ACTIVO

EXAMEN MÉDICO ACTIVO. - ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE QUE AUTORICE QUE SU HIJO (A) PROPORCIONE DATOS SOBRE SU SALUD?

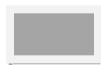
A través de los datos que recabaremos a través del Examen Médico Activo, su hijo (a) podrá tener acceso a las acciones que la UNAM ha diseñado para conservar o mejorar su salud física, visual, odontológica y psicológica, así como de vigilancia nutricional, y con ello, coadyuvar a que pueda concluir con éxito sus estudios.

Autorizo a la Dirección General de Atención a la Salud (DGAS) de la UNAM a vacunar a mi hijo(a) o tutelado(a) así como la aplicación del Examen Médico Activo.

SI



NO



Firma del padre, madre o tutor

Nombre completo: _____

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / 20____