



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
CENTRO DE ESTUDIOS Y TECNOLÓGICOS NO. 11
"WILFRIDO MASSIEU"



ATENCIÓN A LA SALUD

AUTORIZACIÓN PARA APLICACIÓN DE VACUNAS

¡BIENVENIDO A LA COMUNIDAD POLITÉCNICA!, DURANTE TU ESTANCIA EN EL CECYT NO. 11 PARTICIPARÁS EN LAS JORNADAS DE SALUD QUE SE REALIZAN CADA SEMESTRE, POR SER ALUMNO DE NUEVO INGRESO ES DE SUMA IMPORTANCIA QUE SEAS VACUNADO PARA REFORZAR O CUMPLIR CON TU ESQUEMA DE VACUNACIÓN YA QUE CONTAMOS CON DIVERSOS TALLERES EN LOS QUE TRABAJARÁS CON MATERIALES Y/O MAQUINARIA CON LA QUE PODRÍAS PRESENTAR ALGUNA EVENTUALIDAD, ASIMISMO EVENTOS DE CONTAGIOS DE ALGUNAS ENFERMEDADES DE IMPORTANCIA EPIDEMIOLÓGICA, POR LO QUE REQUERIMOS LA FIRMA DEL PADRE O TUTOR OBLIGATORIAMENTE PARA AUTORIZAR EN LAS CAMPAÑAS LA APLICACIÓN DE LAS SIGUIENTES VACUNAS:

TÉTANOS, INFLUENZA ESTACIONAL, HEPATITIS, SR (SARAMPIÓN /RUBEOLA), COVID

SI AUTORIZO () NO AUTORIZO ()

FECHA: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR

DATOS SOBRE LA PERSONA RESPONSABLE DEL ALUMNO EN CASO DE EMERGENCIA (PADRE O TUTOR)

NOMBRE			
DIRECCIÓN			
TELÉFONO		PARENTESCO	

DATOS MÉDICOS GENERALES DEL ALUMNO:

Responde las siguientes preguntas con algún padre o tutor si tienes dudas. MARCA CON UNA (X) SI O NO.

¿Presentas algún tipo de alergia? (SI) (NO). Especifique cuál: _____ (X) **Medicamento**
_____ (X) **Alimenticio**
_____ (X) **Ambiental**

¿Tienes alguna enfermedad crónica o de larga duración o Psicológica? (SI) (NO). Especifique cuál: _____

¿Tomas algún medicamento para tu enfermedad de larga duración? (SI) (NO). Especifique cuál: _____

SI CUENTAS CON ALGUN PADECIMIENTO CON SEGUIMIENTO FAVOR DE LLEVAR COPIAS DE ALGUNA NOTA O RESUMEN MÉDICO, O DE LA NOTA MÁS RECIENTE AL SERVICIO MÉDICO ANTES DE REALIZAR TU ENTREGA DE DOCUMENTOS.

NOMBRE DEL ALUMNO (EMPEZANDO POR APELLIDOS):

EDAD:

SEXO:

BOLETA:

UMF (CLÍNICA IMSS MÁS CERCANA):

CÓDIGO POSTAL: