



Autorización para aplicar la vacuna contra del virus de Papiloma Humano

_____, Jalisco, _____ de Junio de 2018

Por medio de la presente doy mi autorización para que a mi hija _____
_____ con número de registro _____ de Nivel _____
le apliquen la vacuna contra el virus del Papiloma Humano por parte del personal del IMSS, en el área de Servicio Médico CETI Plantel Colomos.

Quedo a sus órdenes.

Atentamente

Nombre y firma del padre o madre

Fotocopiar la identificación oficial legible en el siguiente espacio por ambos lados: