



CONSENTIMIENTO INFORMADO VACUNACIÓN ANTI-SARS-COV-2

Yo, (nombre) _____, RUT: _____,
apoderado/a de alumno (nombre) _____,
RUT: _____ Edad: _____ autorizo la administración de vacuna COVID
CoronaVac o Pfizer Pediátrico según corresponda por indicaciones MINSAL a mi hijo/a.

Autoriza Sí No

Firma

FECHA: ____/____/____