

AUTORIZACIÓN PARA APLICACIÓN DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS

Fecha: (día/mes/año): ____/09/2026

DATOS INSTITUCIÓN EDUCATIVA:

Nombre de la institución educativa: **Unidad Educativa Santo Domingo de Guzmán Ambato.**

Código AMIE : **18H00010**

Tipo de institución educativa : Fiscal ____ Ficomisional ____ Municipal ____ **Particular X**

DATOS DEL ESTUDIANTE:

Nombre del **estudiante** (**apellido paterno, materno y nombres**): _____

Cédula de identidad : _____

Fecha de nacimiento (**día/mes/año**): ____/____/____ Edad: _____

VACUNACIÓN ESCOLAR

Las vacunas son fundamentales para cuidar la salud de cada niño/niña/adolescente y de toda la comunidad. Ayudan a protegerlos de enfermedades peligrosas, discapacidades, ya que fortalecen sus defensas. Gracias a las vacunas, se salvan vidas y se mantienen bajo control enfermedades que antes eran comunes e incluso mortales. Esquema temprano:

- **5 años: Polio Oral Bivalente (bOPV), DPT (Difteria, tos ferina y tétanos) y Vacuna contra la Varicela.**
- **9 años: Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (HPV).**
- **15 años: Vacuna dT (Difteria y Tétanos).**

➤ **Incluye la vacunación de esquemas tardíos, campañas vigentes y respuesta a brotes de enfermedades prevenibles por vacunación.** Para más información, visitar la página oficial del Ministerio de Salud Pública.

AUTORIZACIÓN DE APLICACIÓN DE ESQUEMA DE VACUNACIÓN SEGÚN EDAD

Yo, _____ (nombre y apellido del representante), con número de cédula: _____
en calidad de representante legal de: _____ (nombre y apellido del/la estudiante),
alumno/a de: _____ grado/curso. Paralelo: _____.

Marque una opción:

- ☐ **AUTORIZO** la aplicación del esquema de vacunación según la edad de mi representado y las vacunas correspondientes a campañas vigentes y brotes de enfermedades prevenibles por vacunación.
- ☐ **NO AUTORIZO** la aplicación del esquema de vacunación según la edad de mi representado y las vacunas correspondientes a campañas vigentes y brotes de enfermedades prevenibles por vacunación.

Motivo de NO AUTORIZACIÓN (marque una opción):

- ☐ El menor ya cuenta con las vacunas según edad (**adjuntar copia del certificado o carné**).
- ☐ No deseo que reciba la vacuna.
- ☐ Motivo de salud (**especificar**): _____
- ☐ Otros (**especificar**): _____

Firma del padre de familia o representante legal (o huella digital): _____

Nombres y apellidos del padre de familia o representante legal: _____

Nota: Esta autorización será firmada una sola vez por año lectivo.