

Autorización: Vacunación Contra HPV

### Unidad Educativa Colegio Militar “Eloy Alfaro” N° 1

Yo \_\_\_\_\_, autorizo que mi representado /a (nombre de estudiante)..... con cedula.....fecha de nacimiento.....del \_\_\_\_ año, paralelo \_\_\_\_, **reciba la vacuna contra el Virus del papiloma Humano:**

- **Niños de 9 años de edad** que corresponde los niños que ya hayan cumplido los **9 años hasta los 9 años 11 meses 29 días**, independientemente del antecedente vacunal del biológico VPH.
- **Niñas desde los 9 años hasta los 14 años 11 meses 29 días** de edad independientemente del antecedente vacunal del biológico VPH

Autorizo

No autorizo

Fecha: Quito, D.M.,..... de..... De 2024

Nombres y Apellidos del Representante.	FIRMA