**Autorización para la vacunación contra SARAMPIÓN Y RUBEOLA a los niños y niñas en Instituciones Educativas y de Protección Infantil**

***Institución: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sede: \_\_\_\_\_ Jornada: \_\_\_\_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_***

***“La vacunación es un derecho fundamental en la vida de los niños y niñas y un deber de todo padre/madre dejarlo vacunar. Es un servicio totalmente gratuito el cual traerá bienestar físico y social a niños y niñas para así mejorar la calidad de vida y evitar enfermedades en su futuro”***

**Ley 1098 de noviembre de 2006. Artículo 29**. Desde la primera infancia, los niños y las niñas son sujetos titulares de los derechos reconocidos en los tratados internacionales, en la Constitución Política y en el Código en mención**. Son derechos impostergables de la primera infancia, la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación,** la protección contra los peligros físicos y la educación inicial.

¿En los últimos dos meses su hijo o hija ha recibido la vacuna adicional contra sarampión y rubéola? **SI  \_\_\_          NO\_\_**

En caso de que su respuesta sea **SI,** *por favor enviar la copia del “Paz y Salvo de vacunación” o carné de vacunación emitido por el punto de vacunación a la institución educativa. Dado que es un requisito indispensable para garantizar que el niño o niña ha sido vacunado.*

En caso de que su respuesta sea **NO**, ¿*autoriza a que la dosis adicional contra sarampión rubeola sea aplicada en la institución educativa*.?

**SI \_\_\_ NO\_\_** ¿Su hijo o hija presenta alguna enfermedad? **SI \_\_\_ NO\_\_**  En caso de que SI, indique cuál: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En caso ***de no autorizar*** la vacunación por favor indique el motivo de esta decisión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre Madre/Padre/Responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma Madre/Padre/Responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nº documento identificación del niño o niña: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha nacimiento:   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   Teléfono o número de celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Autorización para la vacunación contra sarampión y rubeola a los niños y niñas en Instituciones Educativas y de Protección Infantil**

***Institución: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sede: \_\_\_\_\_ Jornada: \_\_\_\_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_***

***“La vacunación es un derecho fundamental en la vida de los niños y niñas y un deber de todo padre/madre dejarlo vacunar. Es un servicio totalmente gratuito el cual traerá bienestar físico y social a niños y niñas para así mejorar la calidad de vida y evitar enfermedades en su futuro”***

**Ley 1098 de noviembre de 2006. Artículo 29**. Desde la primera infancia, los niños y las niñas son sujetos titulares de los derechos reconocidos en los tratados internacionales, en la Constitución Política y en el Código en mención**. Son derechos impostergables de la primera infancia, la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación,** la protección contra los peligros físicos y la educación inicial.

¿En los últimos dos meses su hijo o hija ha recibido la vacuna adicional contra sarampión y rubéola? **SI  \_\_\_          NO\_\_**

En caso de que su respuesta sea **SI,** *por favor enviar la copia del “Paz y Salvo de vacunación” o carné de vacunación emitido por el punto de vacunación a la institución educativa. Dado que es un requisito indispensable para garantizar que el niño o niña ha sido vacunado.*

En caso de que su respuesta sea **NO**, ¿*autoriza a que la dosis adicional contra sarampión rubeola sea aplicada en la institución educativa*.?

**SI \_\_\_ NO\_\_** ¿Su hijo o hija presenta alguna enfermedad? **SI \_\_\_ NO\_\_**  En caso de que SI, indique cuál: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En caso ***de no autorizar*** la vacunación por favor indique el motivo de esta decisión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre Madre/Padre/Responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma Madre/Padre/Responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nº documento identificación del niño o niña: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha nacimiento:   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   Teléfono o número de celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**