BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
COORDINACIÓN GENERAL DE PARTICIPACIÓN Y DESARROLLO ESTUDIANTIL

CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA LA APLICACIÓN DE BIOLÓGICOS

Unidad Académica: **Fecha de vacunación:**

DATOS DE LA O EL MENOR
Nombre:
Edad:
DATOS DE LA MADRE, PADRE O PERSONA TUTORA
Nombre:
Edad:

Por este medio, declaro que se me han explicado las indicaciones, los beneficios, las contraindicaciones, además de las posibles reacciones adversas que la vacuna pudiera generar por su aplicación.

Asimismo, manifiesto se me ha infomado que se garantizará el uso de material nuevo y estéril, además, previo a la aplicación de la vacuna, se me mostrará la fecha de caducidad y el número de lote correspondiente.

Acepto la aplicación de la vacuna siguiente: _____

Declaro de manera libre, expresa, inequívoca e informada, que la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, me comunicó mediante el Aviso de Privacidad publicado en las páginas web: https://cgpde.buap.mx/ y www.transparencia.buap.mx sobre el tratamiento que se les dará a mis datos personales, en términos de los numerales 1, 2, 22 fracción VII y XXV de la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados en el Estado de Puebla.

_____ _____

Nombre y firma de la madre, padre o persona tutora **Firma de la o el alumno**