



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

**AUTORIZACIÓN PARA INICIAR, CONTINUAR O COMPLETAR ESQUEMA DE
VACUNACIÓN Y VALORACION DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO
DE NIÑOS Y NIÑAS EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS**

INSTITUCION: _____
SEDE: _____ JORNADA: _____ CURSO: _____

“La vacunación y la valoración de peso y talla y su relación de su desarrollo es un derecho fundamental en la vida de los niños y niñas y un deber de todo padre dejarlo valorar. 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 que puedan acabar con el futuro de nuestro país”.

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 valoración de su desarrollo cognitivo y físico y el esquema completo de vacunación, la protección contra los peligros físicos y la educación inicial.**

Como adulto responsable del niño o niña _____ conociendo los beneficios que aporta la vacunación oportuna, autorizo SI ___ NO___ la aplicación de las dosis faltantes de acuerdo a la edad para obtener esquemas completos de vacunación, o en su efecto la aplicación de dosis de Jornadas establecidas por Secretaria de Salud.

En caso de No autorizar, Por favor indique el motivo de esta decisión:

1. Ya esta vacunado/a
2. Otros: ___ Especifique: _____

Como adulto responsable del niño o niña _____ conociendo los beneficios que ayudan a valorar a mi hijo autorizo SI ___ NO___ la valoración de crecimiento y desarrollo con relación de peso y talla.

En caso de No autorizar, Por favor indique el motivo de esta decisión:

1. Ya esta vacunado/a
2. Otros: ___ Especifique: _____

Nombre Madre/Padre/Responsable: _____ CC _____
Firma Madre/Padre/Responsable: _____
Afiliación en salud (EPS): _____
Régimen (Contributivo- Subsidiado): _____
Dirección Residencia: _____
Barrio: _____ Localidad _____