



ESQUEMA DE VACUNACIÓN

Nombre \_\_\_\_\_

Documento \_\_\_\_\_

Programa \_\_\_\_\_

BCG	ANTIPOLIO	DPT

HEPATITIS B			
dosis	fecha aplicación	lote No.	firma
1a			
2a			
3a			
refuerzo 5 años de la 3a			

VARICELA			
dosis	fecha aplicación	lote No.	firma
1a			

FIEBRE AMARILLA			
dosis	fecha aplicación	lote No.	firma
1a			
refuerzo a los 10 años			

INFLUENZA			
dosis	fecha aplicación	lote No.	firma
1a			
refuerzo anual			

TRIPLE VIRAL			
dosis	fecha aplicación	lote No.	firma
1a			

ACTA DE EXCLUSIÓN DE RESPONSABILIDAD POR FALTA DE INMUNIZACIÓN

Yo \_\_\_\_\_, identificado con documento de identidad No. \_\_\_\_\_ aspirante admitido en la Universidad Tecnológica de Pereira al programa \_\_\_\_\_, y para dar cumplimiento al Acuerdo 64 del 12 de diciembre de 2007, manifiesto que,

1. No tengo vigente el esquema de inmunización o vacunación exigido por la universidad.
2. No dispongo de los medios para sufragar tales costos.
3. Asumo la responsabilidad personal por no estar debidamente vacunado y,
4. Excluyo libre y voluntariamente a la Universidad Tecnológica de Pereira de cualquier responsabilidad o deber por mi falta de inmunización.

Para constancia de lo anterior, firmo la presente acta de exclusión de responsabilidad de la Universidad Tecnológica de Pereira, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Aspirante (con documento de identidad)

En mi calidad de acudiente del menor arriba mencionado, declaro que la presente acta es señal de aceptación de las exigencias y exclusiones requeridas por la Universidad Tecnológica de Pereira.

\_\_\_\_\_  
Acudiente (con documento de identidad)