

13 de febrero del 2026

Estimada Comunidad Educativa:

Por medio del presente les informamos que el próximo viernes 20 de febrero contaremos con una *Jornada de Vacunación* especial para alumnos y alumnas de nuestro Centro Educativo, de antemano agradecemos al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) todas las facilidades. Para esta Jornada de Vacunación el día de hoy hemos enviado con su hijo o hija un formato que debe firmar exclusivamente el padre, madre o tutor solo en caso de sí autorizar la vacunación.

Es necesario tomar en cuenta las siguientes recomendaciones para el llenado del formato:

1. Escribir con tinta azul.
2. Nombre de la escuela: Centro Educativo José de Jesús López y González A.C.
3. Nombre del alumno: debe ser completo como aparece en documentos oficiales.
4. Nombre de quien autoriza: nombre completo como aparece en documentos oficiales y solo debe autorizar el padre, madre o tutor.
5. En el cuadro donde está escrito el nombre de la vacuna, señalar en la casilla con una palomita (✓) la que **sí** se aplicará.
6. Parentesco: escribir si es padre, madre o tutor del alumno o la alumna.
7. Firma: como firmó en la del INE.

Las vacunas disponibles para cada sección son diferentes por la edad del alumnado y se distribuyen de la siguiente forma:

Preescolar

- Influenza, Sarampión, DPT, Hexavalente y Neumococo.

Primaria

- Influenza y/o Sarampión.

Secundaria

- Influenza, Sarampión y Tétanos.

Para la aplicación de la o las vacunas, es **indispensable** enviar la autorización y la Cartilla de Vacunación a más tardar el próximo miércoles 18 de febrero, con la finalidad de



Centro Educativo
JOSÉ DE JESÚS LÓPEZ Y GONZÁLEZ, A.C.
DIRECCIÓN GENERAL

revisar el expediente que nos solicita el IMSS. Además, les comunicamos que a partir del 20 de febrero día de la vacunación, contaremos con:

- Suero.
- Desparasitantes para toda la familia.
- Cepillos dentales.

Lo anterior hasta agotar existencias, es necesario solicitarlo directamente con la asistente correspondiente a su sección.

Preescolar y Secundaria: Anayeli Padilla Cruz.

Primaria: Marypaz Delgado Gallegos.

Sin otro particular reciban un cordial saludo.

Atentamente,

Alfredo Jiménez López
Director General



Centro Educativo
JOSÉ DE JESÚS LÓPEZ Y GONZÁLEZ, A.C.
DIRECCIÓN GENERAL

ANEXO 1: Autorización para vacunación de Preescolar.



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Atención Médica
Coordinación de Unidades de Primer Nivel

Autorización aplicación de vacunas para completar

Esquemas de vacunación de acuerdo a su edad

Fecha _____ (dd/mm/aaaa)

Nombre de la Escuela: _____

SEÑORES PADRES DE FAMILIA Y/O TUTORES: Se les informa que se iniciará la aplicación de la vacuna de influenza, SRP, Hexavalente, Neumococcica 13V a niñas y niños para quienes no cuenten con estas vacunas.
A su vez se estará realizando medición de peso y talla.

Por tal motivo, se solicita de su autorización para la aplicación de la vacuna a su hija/hijo.

Influenza	
Sarampión	
DPT	
Hexavalente	
Neumococo	

NOMBRE DEL
ALUMNO _____

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA _____

PARENTESCO (MADRE, PADRE O TUTOR) _____ FIRMA _____

FAVOR DE MANDAR CARTILLA DE VACUNACION IMPORTANTE PARA DOCUMENTAR DICHA ACCION



Centro Educativo
JOSÉ DE JESÚS LÓPEZ Y GONZÁLEZ, A.C.
DIRECCIÓN GENERAL

ANEXO 2: Autorización para vacunación de Primaria.

	GOBIERNO DE MÉXICO			DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS Unidad de Atención Médica Coordinación de Unidades de Primer Nivel				
Autorización aplicación de vacunas para completar Esquemas de vacunación de acuerdo a su edad								
Fecha _____ (dd/mm/aaaa)								
Nombre de la Escuela: _____								
SEÑORES PADRES DE FAMILIA Y/O TUTORES: Se les informa que se iniciará la aplicación de la vacuna de SR, influenza a niñas y niños para quienes no cuenten con estas vacunas. A su vez se estará realizando medición de peso y talla.								
Por tal motivo, se solicita de su autorización para la aplicación de la vacuna a su hija/hijo.								
<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 50%;">Influenza</td><td style="width: 50%;"></td></tr><tr><td>Sarampión</td><td></td></tr></table>	Influenza		Sarampión					
Influenza								
Sarampión								
NOMBRE DEL ALUMNO _____								
NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA _____								
PARENTESCO (MADRE, PADRE O TUTOR) _____ FIRMA _____								
<u>FAVOR DE MANDAR CARTILLA DE VACUNACION IMPORTANTE PARA DOCUMENTAR DICHA ACCION</u>								



Centro Educativo
JOSÉ DE JESÚS LÓPEZ Y GONZÁLEZ, A.C.
DIRECCIÓN GENERAL

ANEXO 3: Autorización para vacunación de Secundaria.

	GOBIERNO DE MÉXICO			DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS Unidad de Atención Médica Coordinación de Unidades de Primer Nivel						
Autorización aplicación de vacunas para completar Esquemas de vacunación de acuerdo a su edad										
Fecha _____ (dd/mm/aaaa)										
Nombre de la Escuela: _____										
SEÑORES PADRES DE FAMILIA Y/O TUTORES: Se les informa que se iniciará la aplicación de la vacuna de SR, Tétanos, influenza a niñas y niños para quienes no cuenten con estas vacunas. A su vez se estará realizando medición de peso y talla.										
Por tal motivo, se solicita de su autorización para la aplicación de la vacuna a su hija/hijo.										
<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 80%;">Influenza</td><td style="width: 20%;"></td></tr><tr><td>Sarampión</td><td></td></tr><tr><td>Tétanos</td><td></td></tr></table>	Influenza		Sarampión		Tétanos					
Influenza										
Sarampión										
Tétanos										
NOMBRE DEL ALUMNO _____										
NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA _____										
PARENTESCO (MADRE, PADRE O TUTOR) _____ FIRMA _____										
<u>FAVOR DE MANDAR CARTILLA DE VACUNACION IMPORTANTE PARA DOCUMENTAR DICHA ACCION</u>										