

## Documentacion de Varicela

(El padre, tutor o medico debe llenar este formulario)

Se complete este document para:

---

(nombre de nino/alumno)

(Fecha de nacimiento del nino)

Yo \_\_\_\_\_ verifica que el nino nombrado tenia la enfermedad varicela en  
(Padre/Tutor/Medico)

\_\_\_\_\_ (ano).

---

(Firma del padre/tutor/Medico)