

SALUD

CENSIA



ISSSTE



Anexo 1. Consentimiento informado para la vacunación contra el VPH en escuelas primarias.

Fecha _____ (dd/mm/aaaa)

CURP: _____

Tipo de escuela: Primaria () Secundaria ()

Nombre de la escuela _____

SEÑORES PADRES DE FAMILIA Y/O TUTORES:

Se les informa que a partir del mes de septiembre de 2024 se iniciará la aplicación de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH-4¹) a todas las niñas que se encuentran cursando el quinto grado de primaria, así como aquellas niñas que en campañas previas no fueron vacunadas y que actualmente tienen entre 12 a 16 años de edad (sujeto a la disponibilidad); con la finalidad de prevenir la infección por el VPH. Es de mencionar que, esta vacuna tiene una efectividad estimada superior al 80 % contra cáncer de cuello uterino (cuello de la matriz), considerada la segunda causa de muerte en mujeres en nuestro país.

Adicionalmente, se les informa que, con una baja frecuencia, entre el primer y quinto día después de la aplicación de la vacuna, algunas niñas, podrían presentar dolor, enrojecimiento e hinchazón ligero en el sitio de aplicación, dolor de cabeza, fatiga y malestar general. Síntomas que se resuelven de forma espontánea, sin embargo, de presentarse de manera persistente, se recomienda acudir a la unidad de salud más cercana a su domicilio para su evaluación y tratamiento de ser necesario.

A partir del **18 de marzo del 2025 se suma la vacunación a niños** que cursan el quinto año de primaria y de 11 años que no están inscritos en ninguna institución.

Por lo anterior, se solicita su autorización para la aplicación de la vacuna.

☐

SI ACEPTO

☐

NO ACEPTO

SI ACEPTA QUE SE LE APLIQUE LA VACUNA CONTRA EL VPH A SU HIJA, FAVOR DE ANOTAR EL NOMBRE (S), APELLIDOS, PARENTESCO Y FIRMA DE LA PERSONA QUE AUTORIZA.

NOMBRE DE LA NIÑA O NIÑO _____ GRADO ESCOLAR _____

DERECHOHABIENCIA DE LA NIÑA O ADOLESCENTE (COLOCAR IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, MARINA, SSA o Servicios de Salud del IMSS BIENESTAR): _____

Otro (Especifique): _____

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA _____

PARENTESCO (MADRE, PADRE O TUTOR) _____

FIRMA _____

*En caso de aceptar, deberá presentar la Cartilla Nacional de Salud para el registro de la dosis aplicada, en caso de que no cuente con Cartilla se le proporcionará un comprobante de vacunación provisional.

7 h.

¹ Vacuna contra VPH-4 (cuadrivalente). Protege contra los principales tipos del virus que provoca cáncer de cuello uterino.

