



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

Fecha_____

CURP: _____

Nombre de la escuela _____

SEÑORES PADRES DE FAMILIA Y/O TUTORES:

Se les informa que el 18 de octubre se aplicaran algunas de las siguientes vacunas en el plantel: [Influenza, Tétanos y VPH se]; con la finalidad de prevenir complicaciones de salud.

Adicionalmente, se les informa que, con una baja frecuencia, entre el primer y quinto día después de la aplicación de la vacuna, algunos adolescentes, 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. Por lo anterior, se solicita su autorización para la aplicación de la vacuna.

☐

ACEPTO

☐

NO ACEPTO

SI ACEPTA QUE SE LE APLIQUE ALGUNA DE LAS VACUNAS ANTES MENCIONADAS, FAVOR DE ANOTAR EL NOMBRE [S], APELLIDOS, PARENTESCO Y FIRMA DE LA PERSONA QUE AUTORIZA.

NOMBRE DEL
ADOLESCENTE_____GRUPO_____

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA

PARENTESCO [MADRE, PADRE O TUTOR]

_____FIRMA_____

DERECHOHABIENTIA DEL MENOR: [COLOCAR IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, MARINA, SSA o Servicios de Salud del IMSS BIENESTAR]:

Otro [Especifique]: _____

***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.**