HOSPITAL ENGATIVÁ Empresa Social del Estado

Secretaría SALUD ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, D.C.

BOGOTÁ HUMANA

Secretaría de Educación

AUTORIZACIÓN PARA VACUNACION CONTRA EL CANCER DE CUELLO UTERINO DE NIÑAS EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS

INSTITUCION O COLEGIO _____

SEDE: _____ *JORNADA:* _____ *CURSO:* _____

"La vacunación contra el VPH es un derecho fundamental en la vida de las niñas y queremos contar con el consentimiento de los padres. Es un servicio totalmente gratuito el cual traerá bienestar físico y social haciendo posible un mundo con mujeres sin cáncer de cuello uterino"

El Ministerio de Salud y Protección y la Secretarias Distritales de Salud y Educación, interesadas en la salud de las niñas del territorio nacional, ofrecen la vacuna de VPH de manera gratuita a todas las niñas escolarizadas de cuarto año de primaria y secundaria en las instituciones públicas y privadas, para prevenir el Cáncer de Cuello Uterino.
El cáncer cervicouterino es la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres colombianas. Vacuna introducida en el esquema nacional del Programa Ampliado de Inmunizaciones año 2014.

Como **adulto responsable de la niña** _____ conociendo los beneficios que aporta la vacunación contra VPH, autorizo **SI** ___ , **NO**__ la aplicación del **Esquema completo el cual consta de tres dosis; una dosis inicial, segunda dosis a los seis meses de la primera, y la tercera dosis a los sesenta meses de la primera.**

En caso de No autorizar, Por favor indique el motivo de esta decisión y diligencie todos los datos de la menor:

1. Ya esta vacunada contra el VPH.
2. Otros : Especifique: _____

NOTA: Sr. Padre, Sra. Madre, tener presente:

1. Durante la vacunación se usarán vacunas que cumplen requisitos de calidad y seguridad de acuerdo a las normas vigentes.
2. El esquema son tres (3) dosis con intérvalos de 0-6 y 60 meses; es decir durante el año 2014 se colocaran las dos primeras dosis y la tercera será programada para el año 2019.
3. La vía de administración de las vacunas es Intramuscular en la parte superior del brazo.
4. La vacuna aplicada puede ocasionar algunas reacciones leves como dolor en el sitio de la inyección, hinchazón y enrojecimiento del mismo, malestar, todos similares a los efectos de otras vacunas.

Nombre Madre: _____ **CC** _____
Nombre Padre: _____ **CC** _____
Nombre completo de la niña: _____
No. Documento identificación de la NIÑA: _____
Fecha nacimiento de la NIÑA: _____ **Edad:** _____
Aseguradora: _____
Régimen: Contributivo___**Subsidiado**___**Vinculado**___**Especial**___**Excepción**___
Dirección Residencia: _____ **Barrio:** _____
Localidad: _____ **Teléfono:** _____ **Celular:** _____
Otro número telefónico o celular de fácil ubicación: _____
Correo electrónico: _____

Firma Responsable/Acudiente: _____ **CC** _____

"Favor diligenciar de manera clara todos los datos".

ESQUEMA DE VACUNACION

PRIMERA DOSIS _____ **FECHA:**_____ **LOTE:** _____ **FVto.**_____ **VACUNADOR**_____
SEGUNDA DOSIS _____ **FECHA:**_____ **LOTE:** _____ **FVto.**_____ **VACUNADOR**_____

VACUNACION CONTRA VPH ....POR UN MUNDO POSIBLE CON MUJERES SIN CANCER DE CUELLO UTERINO