



Fecha _____(dd/mm/aaaa)

Nombre de la Escuela Secundaria _____

SEÑORES PADRES DE FAMILIA Y/O TUTORES:

Se les informa que en el mes de noviembre del 2022 se iniciará la aplicación de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH-4¹) a todas las niñas de 1º y 2º grado de secundaria con la finalidad de prevenir la infección por el Virus del Papiloma Humano, con una efectividad estimada superior al 80% contra cáncer de cuello uterino (de matriz).

Entre el 1º y 5º día después de la aplicación, algunas niñas vacunadas, con baja frecuencia, podrían presentar dolor, enrojecimiento e hinchazón ligera en el sitio de aplicación, dolor de cabeza, fatiga y malestar general. Síntomas que se resuelven en forma espontánea, pero de presentarse, se recomienda acudir a la unidad de salud más cercana a su domicilio para su evaluación y tratamiento de ser necesario.

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

SI ACEPTO

NO ACEPTO

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

NOMBRE DE LA NIÑA _____ GRADO ESCOLAR _____

CURP _____

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA _____

PARENTESCO (MADRE, PADRE O TUTOR) _____

FIRMA _____

*** En caso de aceptar, por favor presentar la Cartilla Nacional de Salud para el registro de la dosis aplicada, en caso contrario se le proporcionará un comprobante de vacunación provisional.**

¹ Vacuna contra VPH-4 (cuadrivalente). Protege contra los 4 principales tipos del virus que provoca cáncer (tipo 6,11,16 y 18)

