



**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



**CENSIA**  
CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD  
DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Fecha \_\_\_\_\_(dd/mm/aaaa)

Nombre de la Escuela Primaria \_\_\_\_\_

**SEÑORES PADRES DE FAMILIA Y/O TUTORES:**

Se les informa que en el mes de marzo del 2023 se iniciará la aplicación de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH-4<sup>1</sup>) a todas las niñas de tercer 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 1° y 5° 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.**

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

