



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



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



IMSS-BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO



Defensa
Secretaría de la Defensa Nacional



Marina
Secretaría de Marina



PEMEX
POR EL RESCATE DE LA SOBERANÍA

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

Fecha: _____ (dd/mm/aaaa)

CURP: _____

Nombre de la Escuela: _____

SEÑORES PADRES DE FAMILIA Y/O TUTORES:

Se les informa que a partir del mes de septiembre de 2025 se iniciará la aplicación de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH-9a) a todas las niñas y niños que se encuentren 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 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 México.

Adicionalmente, se les informa que, con una baja frecuencia, entre el primer y quinto día después de la aplicación de la vacuna, se podría presentar dolor, enrojecimiento e hinchazón ligera 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.

☐

SI ACEPTO

☐

NO ACEPTO

SI ACEPTA QUE SE LE APLIQUE LA VACUNA CONTRA VPH A SU HIJA (O), FAVOR DE LLENAR EL SIGUIENTE FORMULARIO:

NOMBRE DE LA NIÑA O NIÑO: _____ GRADO ESCOLAR: _____

DERECHOHABIENTA DE LA NIÑA, NIÑO 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.

¹ Vacuna contra VPH-9 (nonavalente). Protege contra los principales tipos del virus que provoca cáncer de cuello uterino.



2025
Año de
La Mujer
Indígena