

CAMPAÑA DE VACUNACIÓN DEL V.P.H.

Estimados padres de familia:

Es grato dirigirnos a ustedes con la finalidad de saludarlos muy cordialmente; y a la vez informarles que el Ministerio de Salud, continúa con la estrategia de inmunización: VACUNACIÓN DEL VPH en los colegios. El nombre de la vacuna es GARDASIL y actualmente es la única vacuna tetravalente a disposición del MINSA.

La vacunación, solo 1 DOSIS, se realizará en nuestra Institución el **viernes 29 de mayo 2026** a partir de las 9:00 a.m., a niñas y niños de 9 a 18 años de edad.

En la siguiente página se adjunta la solicitud de autorización que debe ser llenada y enviada al correo de nuestra enfermera, Corina Guerrero Cárdenas, Corina.Guerrero@pestalozzi.edu.pe.

La entrega de la autorización, sin excepción ninguna se hará del 25 al 28 de mayo.



CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PADRE, MADRE, O TUTOR, AUTORIZANDO A SU MENOR HIJA/O PARA VACUNARSE CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

Esta vacuna forma parte del Esquema de Vacunación del Ministerio de Salud y se ofrece de forma gratuita a los niños y niñas de 9 años a 18 años que estudian en las instituciones públicas y privadas de todo el país.

DESCRIPCIÓN:

- ✚ Esta vacuna previene la Infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH), responsable del cáncer de cuello uterino, verrugas genitales, y otros tipos de cáncer frecuentes en regiones genitales.
- ✚ Vacuna recombinante tetravalente contra el VPH (Tipos 6,11,16,18)
- ✚ Presentación en frasco mono dosis de 0.5 mL
- ✚ Jeringa descartable de 1 cc con aguja de 25 g, auto retráctil
- ✚ La vacuna es MUY SEGURA, previene el cáncer de cuello de útero, pero no cura el Cáncer

Para gozar de la protección de la vacuna, es necesario que el niño/niña, reciba 1 dosis de la vacuna

POSIBLES REACCIONES DESPUES DE LA VACUNACIÓN:

La reacción más frecuente, en el sitio de la inyección, puede ser: Dolor, enrojecimiento e hinchazón en el lugar de vacunación. Desaparece (sin tratamiento médico) dentro de las 48 horas.

Otras reacciones poco frecuentes son: dolor de cabeza, fatiga, fiebre, náuseas, que desaparecen en las siguientes 48 horas. Si persisten buscar atención en los establecimientos de salud.

DECLARACIÓN

Yo:Identificado con DNI N°....., padre, madre, tutor, y/o representante legal de la niña/niño, identificada(o) con DNI N°....., de la I.E.:....., del Grado, sección..... dejo constancia de haber sido informado(a), sobre los beneficios, seguridad y posibles reacciones a la administración de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH). Por lo tanto, autorizo al personal de Salud a vacunar a mi menor hijo(a) por voluntad propia con la dosis necesaria para su protección como portador y/o contra el cáncer de cuello uterino.

Firma del padre, madre y/o apoderado

Miraflores..... de.....del 2026

NOTA: Devolver la hoja firmada