

COMUNICADO N°009-2023-IEPSANPEDRO

Huancayo, 20 de marzo del 2023

Estimada comunidad educativa San Pedrana, el día de viernes 24 de marzo, se llevará a cabo la **CAMPAÑA DE VACUNACIÓN**, a cargo de la red de salud del Valle del Mantaro (micro red de salud La Libertad) teniendo como finalidad mejorar la salud individual y colectiva de la población de la provincia de Huancayo.

Es vital retomar las acciones de salud preventiva, a través de las siguientes actividades:

- VACUNACIÓN COVID (para toda la población estudiantil que no haya cumplido con todas las dosis, traer sus carnets de vacunas)
- VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) (para niños y niñas del 5° grado de primaria)
- VACUNACIÓN DEL DIFTOTÉTANO
- VACUNACIÓN COVID BIVALENTE (para todo el personal de la comunidad educativa San Pedrana, traer sus carnets de vacunas)

Adjuntamos ficha de autorización de los PPF para realizar dicha jornada de vacunación.

Agradecemos su atención y solicitamos su consentimiento para poder completar las dosis de las vacunas que ayudan a reducir la morbi-mortalidad en nuestra comunidad educativa.

HUANCAYO

Atentamente;

LA DIRECCIÓN.



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

Esta vacuna forma parte del Esquema Nacional de Vacunación del Ministerio de Salud.

Se ofrece de forma gratuita a las niñas del 5to grado de educación primaria de Instituciones Educativas públicas y privadas en todo el país.

BENEFICIOS:

- ❖ 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.
- ❖ Para gozar de la protección de la vacuna, es necesario que la niña reciba las 2 dosis de vacuna: La 1^{ra} dosis al primer contacto del vacunador con la niña y la 2^{da} dosis 6 meses después de la primera dosis.

LA VACUNA:

- ❖ Es muy segura
- ❖ Previene el cáncer de cuello de útero, pero no cura el cáncer.

POSIBLES REACCIONES DESPUÉS DE LA VACUNACIÓN:

La reacción más frecuente es en el sitio de 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.

Reacciones menos frecuentes no asociadas a la vacuna pero reportadas:

- ❖ Desmayo: Esta reacción puede producirse por temor o miedo y no por la vacuna propiamente. Para evitar esta reacción se recomienda administrar la vacuna a la niña sentada y permanecer así en observación 15 minutos después de la administración de la vacuna.
- ❖ Reacciones alérgicas: Ronchas o picazón que pasan rápidamente. Si persisten, buscar atención en el establecimiento de salud.

DECLARACIÓN:

Yo....., identificado con DNI N°:,
Padre, madre, tutor o representante legal de la niña, identificada con el
DNI N°, alumna del aula de la Institución
Educativa..... 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. Por lo tanto
autorizo al Personal de Salud a vacunar a mi menor hija por voluntad propia y me comprometo a completar las 2 dosis
que son necesarias para su protección contra el cáncer de cuello uterino.

Huancayo 24 de Marzo del 2023

Firma del padre/madre o apoderado

PROTOCOLO PARA LA VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19 PARA PERSONAS DE 5 A 11 AÑOS DE EDAD

ANEXO N° 01

EXPRESIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____ de _____ del 2022

Hora: _____

Yo: _____ con

DNI _____, de condición como _____ declaro lo siguiente:

Que: _____, con DNI _____

SI () NO () tiene síntomas compatibles con COVID-19; o ha dado positivo a una prueba a COVID-19, en las últimas dos semanas; o estoy en seguimiento clínico por COVID-19.

SI () NO () tiene contacto con alguien que dio positivo a la COVID-19, en las últimas dos semanas; o estuvo en cuarentena.

En ese sentido, he sido informado (a) de los beneficios y los potenciales efectos adversos de la Vacuna contra la COVID-19 y, resueltas todas las preguntas y dudas al respecto, consciente de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento de la normativa vigente; SI () NO () doy mi consentimiento para que el personal de salud aplique la vacuna contra la COVID-19 a:



Firma o huella digital del padre/madre, tutor, o familiar mayor de edad

DNI N° _____

Firma y sello del personal de salud que informa y toma el consentimiento

DNI N° _____

Revocatoria / Desistimiento del consentimiento

Fecha: 24 de Marzo del 2023

Hora: _____



Firma o huella digital del padre/madre, tutor, o familiar mayor de edad

DNI N° _____

Firma y sello del personal de salud que informa y toma el consentimiento

DNI N° _____

