



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

Tipo de escuela:            Primaria ( )            Secundaria ( )            CCT \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_

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

Se les informa que en el mes de septiembre de 2023 se iniciará la aplicación de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH-4<sup>1</sup>) a todas las niñas de quinto y sexto grado de primaria, así como a las niñas de primer grado de secundaria con la finalidad de prevenir la infección por el Virus del Papiloma Humano, misma que tiene una efectividad estimada superior al 80 % contra cáncer de cuello uterino (cuello de la matriz).

Entre el primer y quinto día después de la aplicación de la vacuna, algunas niñas, con baja frecuencia podrían presentar dolor, enrojecimiento e hinchazón ligero 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.

SI ACEPTO

NO ACEPTO

MOTIVO DE RECHAZO: \_\_\_\_\_

**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) \_\_\_\_\_

MUNICIPIO DE RESIDENCIA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**\*En caso de aceptar, por favor 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.**

<sup>1</sup> Vacuna contra VPH-4 (cuadrivalente). Protege contra los principales tipos del virus que provoca cáncer de cuello uterino.



