



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 del 2025 se iniciará la aplicación de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH-9°) a todos los niños y niñas que se encuentran cursando el quinto año, así como aquellas niñas que en campañas previas no fueron vacunadas y que actualmente tienen entre 12 y 16 años de edad(sujeto a la disponibilidad); con la finalidad de prevenir la infección por el VPH. Es de mencionar que, esta vacuna tiene 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 ligero 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 EL VPH A SU HIJO, FAVOR DE ANOTAR EL NOMBRE (S), APELLIDOS, PARENTESCO Y FIRMA DE LA PERSONA QUE AUTORIZA.

NOMBRE DE LA NIÑO _____ GRADO ESCOLAR _____

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA _____

PARENTESCO (MADRE, PADRE O TUTOR) _____ FIRMA _____

DERECHOHABIENCIA DE LA MENOR: (COLOCAR IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, MARINA, SSA o Servicios de Salud del IMSS BIENESTAR): _____

Otro (Especifique): _____

***En caso de aceptar, deberá presentar la CARTILLA NACIONAL DE SALUD Y CURP para el registro de la dosis aplicada.**

