

Programa de Vacunación Universal

Recado Escolar

Ciudad de México a ____ de _____ de _____

Sr. Padre de familia.

Informo a usted que el día ____ de _____ de _____ personal de salud visitará el plantel escolar de su hija (o) para vacunar:

() A las niñas (os) de 6 a 7 años, con una dosis de vacuna S.R.P. que protege contra el Sarampión, la Rubéola y las Paperas.

Únicamente a los que no han recibido la segunda dosis indicada en la Cartilla Nacional de Salud.

() A las alumnas de quinto grado de primaria se les aplicara una dosis de vacuna contra el Virus del Papiloma Humano.

() A las niñas (os) a partir de los 11 años de edad que no cuenten con antecedente vacunal , se les aplicara una dosis de vacuna Antihepatitis B

() A las niñas (os) de quinto grado de primaria se le aplicara una dosis de vacuna s.r. para prevenir el Sarampión y la Rubéola Únicamente si no recibieron una dosis de S.R.P. a los 6 ó 7 años de edad.

() A las niñas (os) de primero a sexto de primaria, con factores de riesgo, se les aplicará una dosis de vacuna Antiinfluenza.

Por lo anterior se solicita de la manera más atenta, se nos informe si autoriza la vacunación, en caso que lo requiera.

SI _____ No _____

Nombre y firma del padre o tutor _____

En caso de aceptar la vacunación, agradeceremos que nos manden la Cartilla Nacional de Salud para registrar las dosis aplicadas, la Cartilla se devolverá de forma inmediata, lo anterior, a fin de que puedan comprobar que su hija (o) está vacunada (o)

Agradecemos su atención, presente

Atentamente

El Director del Centro de Salud _____

Programa de Vacunación Universal

Recado Escolar

Ciudad de México a ____ de _____ de _____

Sr. Padre de familia.

Informo a usted que el día ____ de _____ de _____ personal de salud visitará el plantel escolar de su hija (o) para vacunar:

() A las niñas (os) de 6 a 7 años, con una dosis de vacuna S.R.P. que protege contra el Sarampión, la Rubéola y las Paperas.

Únicamente a los que no han recibido la segunda dosis indicada en la Cartilla Nacional de Salud.

() A las alumnas de quinto grado de primaria se les aplicara una dosis de vacuna contra el Virus del Papiloma Humano.

() A las niñas (os) a partir de los 11 años de edad que no cuenten con antecedente vacunal , se les aplicara una dosis de vacuna Antihepatitis B

() A las niñas (os) de quinto grado de primaria se le aplicara una dosis de vacuna s.r. para prevenir el Sarampión y la Rubéola Únicamente si no recibieron una dosis de S.R.P. a los 6 ó 7 años de edad.

() A las niñas (os) de primero a sexto de primaria, con factores de riesgo, se les aplicará una dosis de vacuna Antiinfluenza.

Por lo anterior se solicita de la manera más atenta, se nos informe si autoriza la vacunación, en caso que lo requiera.

SI _____ No _____

Nombre y firma del padre o tutor _____

En caso de aceptar la vacunación, agradeceremos que nos manden la Cartilla Nacional de Salud para registrar las dosis aplicadas, la Cartilla se devolverá de forma inmediata, lo anterior, a fin de que puedan comprobar que su hija (o) está vacunada (o)

Agradecemos su atención, presente

Atentamente

El Director del Centro de Salud _____