

AVISO

A los estudiantes del CBTis 123 se les invita a participar en la **Jornada de Salud** que, en coordinación con el IMSS, se llevará a cabo del 13 al 16 de octubre de 2025, en la cual podrán completar su esquema de vacunación y recibir atención dental, para lo cual deberán presentar los siguientes requisitos:

- Cartilla nacional de salud o Carnet de citas médicas original.
- Impresión de CURP.
- Consentimiento Informado (anexo ↓).
- Hoja de Autorización (anexo ↓).

Atentamente

CBTis 123 • IMSS



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CENSA
CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD
DE LA JUVENTUD Y LA ADOLESCENCIA



IMSS-BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SALUD SOCIAL DEL ESTADO
DE QUERÉTARO



Defensa
Secretaría de la Defensa Nacional



Marina
Secretaría de Marina



PEMEX
POR EL RESGATE DE LA SOBERANÍA

Anexo 1. Consentimiento informado para la vacunación contra el VPH en escuelas

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 de 2025 se iniciará la aplicación de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH-9a) a todas las niñas y niños que se encuentren cursando el quinto grado de primaria, así como aquellas niñas que en campañas previas no fueron vacunadas y que actualmente tienen entre 12 a 16 años de edad (sujeto a disponibilidad); con la finalidad de prevenir la infección por el VPH. Es de mencionar que, esta vacuna tiene una 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 ligera 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 VPH A SU HIJA (O), FAVOR DE LLENAR EL SIGUIENTE FORMULARIO:

NOMBRE DE LA NIÑA O NIÑO: _____ GRADO ESCOLAR: _____

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

Otro (Especifique): _____

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA: _____

PARENTESCO (MADRE, PADRE O TUTOR): _____

FIRMA _____

* En caso de aceptar, deberá 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.

¹ Vacuna contra VPH-9 (nonavalente). Protege contra los principales tipos del virus que provoca cáncer de cuello uterino.



2025
Año de
La Mujer
Indígena

HOJA DE AUTORIZACIÓN DE VACUNACION

FECHA: _____

ESCUELA: _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL (DERECHOHABIENTE) _____

CURP: _____ GRADO Y GRUPO: _____

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA: _____

TELEFONO: _____

DOMICILIO: _____

- **AUTORIZO APLICAR VACUNA HEPATITIS B (EN CASO DE SER NECESARIO).**
- **AUTORIZO APLICAR REFUERZO DE LA VACUNA TOXOIDE TETANICO DIFTERICO (EN CASO DE SER NECESARIO).**
- **AUTORIZO COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN (NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS).**
- **EN CASO DE NO CONTAR CON ALGUNA VACUNA, AUTORIZO QUE SEA APLICADA.**
- **AUTORIZO VACUNACIÓN TRIPLE VIRAL 1 AÑO, 18 MESES, 6 AÑOS.**
- **AUTORIZO VACUNACIÓN DPT A NIÑOS DE 3 AÑOS CON 6 MESES.**
- **AUTORIZO VACUNACIÓN HEXAVALENTE, ROTAVIRUS Y NEUMOCOCO A NIÑOS 2, 4, 6 MESES.**
- **ADMINISTRACIÓN DE GOTITAS DE VITAMINA A NIÑOS 6 MESES A 4 AÑOS.**

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN AUTORIZA:

DEBERA TRAER LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

- A) ORIGINAL Y COPIA DE LA CARTILLA NACIONAL DE VACUNACIÓN.**
- B) COPIA CURP.**
- C) NO ESTAR EN AYUNAS.**
- D) REQUISITAR CON LETRA LEGIBLE Y BOLIGRAFO TINTA AZUL/NEGRO**