



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 1ª dosis al primer contacto del vacunador con la niña y la 2ª 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.

Firma del padre/madre o apoderado

Lima,..... de.....201...