



INSTITUCIÓN EDUCATIVA LA PRESENTACIÓN

MEDELLÍN

CIRCULAR INFORMATIVA No 06

“Las vacunas son el método más seguro que hay en el mundo para proteger a nuestros niños de enfermedades mortales”

UNICEF

Fecha: 3 de marzo 2022

Para: Estudiantes y Padres de Familia

DE: Rectoría y Coordinación

Asunto: Jornada de Vacunación

Cordial Saludo:

Jornada de Vacunación en la IE La Presentación:

Para el **lunes 7 de marzo**, la secretaria de salud en convenio con la secretaria de educación de Medellín tiene planeado una jornada de vacunación en la institución educativa.

En dicha jornada se aplicará el esquema de refuerzo de tétano, penta, sarampión, rubeóla, primera y segunda dosis de COVID y la VPH (virus del papiloma humano) este último para estudiante entre los 10 y 17 años.

Para que la estudiante pueda ser vacunada debe cumplir con los siguientes **requisitos**:

- Entregar a su director o directora de grupo el consentimiento informado el viernes 4 o lunes 7 de marzo
- Traer la tarjeta de identidad en original de la estudiante
- Traer el carné de vacunas en original y el carné del COVID.
- Debe venir en los horarios establecidos con un acompañante adulto

Horario de vacunación: 8:30 am – 12:00 m y de 1:00 pm a 3:30 pm

Lugar: Patio salón de la Institución Educativa

Notas:

- No se aplicará tercera dosis de COVID para ninguna de las estudiantes.
- Se anexa con esta circular los consentimientos informados para COVID y VPH, los cuales deberá descargar y llenar para ser entregados en la Institución Educativa La Presentación el día viernes 4 o 7 de marzo.
- Sin el acompañamiento de un adulto a la estudiante no se vacunará, sobre todo si se debe aplicar primera dosis de COVID y la del VPH, así tenga el consentimiento informado.
- Este día hay clase, bachillerato y transición A en sus horarios de la mañana y primaria y transición B en el horario de la tarde.

Atentamente,

GUSTAVO ÁLVAREZ YEPES
RECTOR

CARMEN ELENA MARIN CONGOTE
COORDINADORA

CARLOS ALBERTO GIRALDO ÁLZATE
COORDINADOR



La salud
es de todos

Minsalud

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL SARS-CoV-2/COVID-19

CIUDAD _____ FECHA: DÍA _____ MES _____ AÑO _____ HORA: _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA

NOMBRES _____ APELLIDOS _____

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: RC __ TI __ CC __ CE __ OTRO __ NÚMERO _____

FECHA DE NACIMIENTO DÍA _____ MES _____ AÑO _____ EDAD _____ años

NOMBRE DE LA EAPB RESPONSABLE _____

INFORMACIÓN PREVIA

La vacunación es una forma segura y eficaz de prevenir enfermedades y salvar muchas vidas. En la actualidad el país dispone de vacunas para proteger contra al menos 26 enfermedades, entre ellas, la difteria, el tétanos, la tos ferina, la poliomielitis, la hepatitis, el cáncer de útero y el sarampión. En conjunto, estas vacunas salvan cada año millones de vidas en el mundo. Con la aplicación de las vacunas las personas se protegen a sí mismas y a quienes las rodean.

La vacunación contra el SARS- CoV-2/COVID-19 reducirá la posibilidad de presentar la enfermedad. En esta etapa de la emergencia, en la cual se inicia la aplicación de esta vacuna, se han reconocido beneficios y riesgos, que es importante que usted conozca antes de dar el consentimiento para su aplicación.

Esta vacuna tiene aprobación de uso de emergencia y surtió los pasos para la validación científica y sanitaria que permite su aplicación segura en humanos.

DATOS IMPORTANTES DE LA VACUNA (Por favor, leer con detenimiento. Puede formular preguntas)

VACUNA Y DOSIS	Nombre de la vacuna a aplicar _____ Esquema que tiene esta vacuna: Dos dosis _____ o dosis única _____
CÓMO SE APLICA	Administración vía intramuscular en el brazo (tercio medio del músculo deltoides).
BENEFICIOS	Prevención de la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2. Reducción de la severidad de la enfermedad en caso de presentarse. Potencial protección del entorno familiar y los allegados.
RIESGOS	Presentación de efectos adversos a corto y mediano plazo posterior a su aplicación como: dolor en el sitio de inyección, dolor de cabeza (cefalea, articulaciones (artralgia), muscular (mialgia); fatiga (cansancio); resfriado; fiebre (pirexias); enrojecimiento e inflamación leve en el lugar de la inyección; inflamación de los ganglios (linfadenopatía); malestar general; sensación de adormecimiento en las extremidades, reacciones alérgicas leves, moderadas o severas. Estos no se presentan en todas las personas.
ALTERNATIVAS	A la fecha no se ha identificado otra medida farmacológica más eficaz que la vacunación para la prevención de la COVID-19.

EXPRESIÓN DE LA VOLUNTAD

De manera voluntaria, después de haber recibido información por el personal de salud, de manera clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición, así como las explicaciones adecuadas, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la vacuna que se me ofrece. De la misma manera, se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por el laboratorio productor de la vacuna.

Entiendo que la suscripción de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad, y que **NO** tiene por objeto eximir de responsabilidad a las autoridades sanitarias o gubernamentales ni a las entidades que participaron en la aplicación de

Tipos de documentos de identidad: RC: Registro Civil, TI: Tarjeta de Identidad, CC: Cédula de ciudadanía, CE: Cédula de extranjería



La salud es de todos

Minsalud

la vacuna contra el SARS-CoV-2/COVID-19 de brindar la atención en salud que sea necesaria por la aparición de posibles reacciones adversas no reportadas.

En consecuencia, decido **ACEPTAR:** ___ que se me aplique la vacuna. **NO ACEPTAR:** ___ que se me aplique la vacuna.

Firma: _____

Huella (en caso de que no sepa o no pueda firmar)



Razón por la que no firma: _____

En caso de requerirse, identificación y firma de quien tiene la patria potestad, la representación legal o la custodia:

Nombres _____ Apellidos _____

Tipo de Identificación: RC __ TI __ CC __ CE __ otro __ número _____ de _____

Firma _____

Identificación y firma del vacunador

Nombres _____ Apellidos _____

Tipo de Identificación: RC __ TI __ CC __ CE __ otro __ número _____ de _____

Firma _____

DATOS DE LA INSTITUCIÓN

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS SALUD (IPS): _____

DEPARTAMENTO/DISTRITO: _____ **MUNICIPIO:** _____

Nota: Cuando se trate de menores de edad, deberá firmar el menor junto con la persona que tiene la patria potestad, la representación legal o la custodia. La persona que no pueda o no sepa firmar podrá acudir a la firma a ruego, en los términos de ley.

Tipos de documentos de identidad: **RC:** Registro Civil, **TI:** Tarjeta de Identidad, **CC:** Cédula de ciudadanía, **CE:** Cédula de extranjería



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

¿Qué es el cáncer?

Es una enfermedad donde las células que componen un órgano se desorganizan, se vuelven malignas y en ocasiones forman tumores. El cáncer puede atacar cualquier órgano o parte del cuerpo, por ejemplo, el útero o matriz en la mujer.

La parte inferior del útero se denomina cuello uterino y permite la comunicación hacia el interior del útero y la salida del sangrado durante el periodo menstrual; el cuello uterino también puede afectarse por el cáncer, conocido como cáncer de cuello uterino o de cérvix.

¿Por qué se produce el cáncer de cuello uterino?

Las causas son múltiples, algunas de ellas son desconocidas, pero hoy en día se sabe que existen algunos tipos de virus – Virus del Papiloma Humano (VPH) –, que son causa de este cáncer.

Se han identificado más de 100 tipos del virus del VPH; la mayoría son inofensivos, sin embargo, algunos pueden producir lesiones como las verrugas genitales o condilomas y 14 de estos tipos de virus se han relacionado con lesiones precancerosas o cáncer de cuello uterino y son los tipos que se llaman de alto riesgo.

¿Cómo se previene el cáncer de cuello uterino ?

Cerca del 70% de los casos se previenen con una aplicación de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano, la cual protege contra dos de los tipos de VPH de alto riesgo.

La vacuna que distribuye gratuitamente el Ministerio de Salud y Protección Social protege contra los serotipos 6 y 11 que se asocian con presencia de verrugas (lesiones benignas) y contra los serotipos 16 y 18 (lesiones cancerígenas).

¿Cuáles son los efectos secundarios de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano?

Son raros los problemas serios causados por esta vacuna.

Por lo menos una de cada diez personas que recibe la vacuna tiene algunos efectos que pueden durar hasta un día, como dolor, hinchazón y enrojecimiento en el sitio de aplicación de la inyección, dolor de cabeza, dolor muscular y cansancio.

Hay algunos efectos secundarios menos comunes como, fiebre, malestar, diarrea y dolores musculares.

Raramente las personas las personas pueden desarrollar urticaria o reacciones alérgicas severas como con cualquier otro medicamento. No se ha encontrado que la presencia de enfermedades graves sea más frecuente en las poblaciones vacunadas que en las no vacunadas, es decir no se ha asociado con el desarrollo de algún tipo de enfermedad.

De manera ocasional, esta y otras vacunas que se aplican en adolescentes pueden producir desmayo, por lo que se recomienda que la niña se vacune sentada y permanezca durante por lo menos 15 minutos después de la vacunación.

¿Es segura la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano?

Si, se trata de una vacuna muy segura.

Esta vacuna ha sido el producto de largas y rigurosas investigaciones científicas que hoy en día garantizan la eficacia contra la infección por el Virus del Papiloma Humano y, por ende contra el Cáncer de Cuello Uterino.

¿Cuáles con las contraindicaciones para la aplicación de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano?

Hipersensibilidad a las sustancias activas o a cualquiera de los excipientes de la vacuna, es decir que las personas que desarrollen síntomas que indiquen una reacción alérgica después de recibir una dosis de vacuna contra el Virus del Papiloma Humano, no deben recibir una siguiente dosis.

¿Para qué personas está disponible esta vacuna?

Para todas las niñas y mujeres de 9 a 18 años, dos dosis, que se administran la primera dosis en la fecha elegida y la segunda dosis mínimo cinco meses después de la administración de la primera dosis. Se administrará **vía intramuscular**.

Teniendo en cuenta lo anterior **MANIFIESTO Y DECLARO** que estoy satisfecha/o con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos de la vacuna; y en tales condiciones **CONSIENTO** que se administre la **VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (GARDASIL) - la cual consta de dos dosis, con un intervalo de aplicación mínimo de 5 meses entre la primera y segunda dosis-**, a la niña/adolescente cuya información aparece a continuación.

1. DATOS NIÑA/ADOLESCENTE

Nombres y apellidos: _____

Tipo de documento: _____ N° documento: _____ Teléfono fijo o celular: _____

2. DATOS REPRESENTANTE O FAMILIAR

Nombres y apellidos: _____

Tipo de documento: _____ N° documento: _____ Teléfono fijo o celular: _____

SOLO en caso de NO aceptar la aplicación de la vacuna diligenciar este recuadro:

DISENTIMIENTO (desacuerdo, rechazo, desaprobación)

Yo, _____ en calidad de representante o familiar de la niña/adolescente cuya información aparece en este documento (numeral 1), **DISIENTO** el consentimiento y la información prestada y no deseo proseguir con la vacunación propuesta, la misma que doy en esta fecha por finalizada.

Firma de representante o familiar: _____

Tipo de documento: _____ N° documento: _____ Teléfono fijo o celular: _____

Firma personal de vacunación: _____