



CIRCULAR D.G 10/2025

Fecha 12 de marzo del 2025

Ref. Campaña de Vacunación contra el Cáncer de Cuello Uterino

Estimados Padres de Familia:

*Se les informa que el Ministerio de Salud ha iniciado la Campaña de Vacunación contra el **cáncer de cuello uterino (VPH)**, el colegio ha sido invitado a participar de la misma, por el Centro de Salud San Carlos.*

Todos los padres de familia del turno mañana y tarde que deseen la vacunación para sus hijas(os), podrán acceder a la misma en el siguiente rango de edades.

EDADES	VACUNA A APLICAR
Niños de 10 años	(VPH)
Niñas de 10 a 14 años	Virus de Papiloma Humano (VPH)
Niños/as mayores de 7 a 49 años	Sarampión, Rubeola (S.R) Antitetánica (DT)

El padre de familia o tutores de las y los estudiantes que estén de acuerdo con la vacunar a su niña(o), deben imprimir y firmar el formulario de autorización y entregar a la Docente Tutora de curso hasta el día viernes 14 de marzo, impostergablemente.

Se adjunta formulario de autorización.

Sin otro particular nos despedimos agradeciendo de antemano por su apoyo en aras de forjar un mejor país para nuestros hijos.

Claudia Quezada M. Ph.D.
Directora General

Irma Velasco de Fernández
Gerente General

AUTORIZACIÓN DE APLICACIÓN DE VACUNA (VPH) - (S.R) – (DT)

Se solicita la autorización de padre madre o tutor para la aplicación de la vacuna VPH, S.R, DT a las niñas y niños, como primera dosis y o segunda dosis para la PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO.

NOMBRE DEL PADRE:

Yocon C.I.:

DEL ESTUDIANTE: C.I.:

DEL CURSO: de la UNIDAD EDUCATIVA Colegio San Agustín

TURNO

Doy mi consentimiento para la aplicación de la vacuna (VPH) (SI) (NO)

Doy mi consentimiento para la aplicación de la vacuna (S.R) (SI) (NO)

Doy mi consentimiento para la aplicación de la vacuna (DT) (SI) (NO)

Santa Cruzde2025

.....

FIRMA