



## **CIRCULAR D.G 24/2025**

**Fecha 23 de abril 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. En fecha anterior 12 de marzo se envió una circular con la información al respecto.*

*Al recibir nuevamente la visita del centro de salud, realizamos nuevamente la invitación a la campaña de vacunación.*

*Para aquellos familiares que deseen informarse sobre la vacunación del día miércoles 30 de abril de hrs. 12:10 a hrs 12:25 profesionales de la salud realizaran na conferencia informativa sobre el beneficio de ambas vacunas.*

*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.*

<b>EDADES</b>	<b>VACUNA A APLICAR</b>
<b>Niños de 10 a 14 años</b>	(VPH)
<b>Niñas de 10 a 14 años</b>	Virus de Papiloma Humano (VPH)
<b>Niños/as mayores de 7 a 49 años</b>	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 2 de mayo, 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) - (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:

Yo .....con 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 (DT)	(SI)	(NO)

Santa Cruz .....de .....2025

.....  
Firma padre madre o tutor

.....  
Aclaración de la Firma