

**Consentimiento informado para la vacunación contra sarampión
en planteles educativos de la Ciudad de México**

Fecha _____ (dd/mm/aaaa)

CURP: _____

Nombre de la escuela _____

SEÑORES PADRES DE FAMILIA Y/O TUTORES:

Con el objetivo de fortalecer la salud de la población a través de la vacunación, se hace de su conocimiento que la Secretaría de Salud en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, aplicará la vacuna triple viral (SRP) a todos los alumnos que cuenten con esquema incompleto o no tengan antecedente de vacunación contra sarampión comprobable (mediante Cartilla Nacional de Salud).

Adicionalmente, se les informa que, con una baja frecuencia, entre el primer y doceavo día después de la aplicación de la vacuna, se podría presentar dolor, enrojecimiento e hinchazón ligero 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 EL SARAMPIÓN A SU HIJA (O), FAVOR DE LLENAR EL SIGUIENTE FORMULARIO:

NOMBRE DEL ALUMNO _____

GRADO ESCOLAR _____

ENTIDAD FEDERATIVA DE RESIDENCIA: _____

DERECHOHABIENTA 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.**