

AUTORIZACION DE LA VACUNACION FRENTE AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

La Consellería de Sanitat, dentro de los programas de prevención que realiza, ha **introducido la vacuna frente al Virus del Papiloma Humano (VPH)** en el Calendario de vacunaciones Sistemáticas Infantiles (Orden 16/06/2008) de nuestra Comunidad.

La vacuna se ofertará a **las niñas** de 14 años, entre las que se encuentra su hija.

La vacuna frente al Virus del Papiloma Humano es una vacuna **preventiva y segura, que en algunas ocasiones puede producir reacciones adversas locales leves, como dolor en el punto de inyección o generales.**

La pauta de vacunación es de tres dosis que se administra de forma intramuscular en la parte superior del brazo y que se debe de completar para que la vacuna sea efectiva.

La vacunación la realizarán los profesionales sanitarios de Atención Primaria en los **Centros de Salud. Ante cualquier duda consulte con su médico.**

Si desea que su hija sea vacunada es importante que rellene los datos que figuran a continuación. Además, el día de la vacunación, su hija debe llevar consigo la autorización para vacunarse, la Cartilla de Salud Infantil o el Carnet de Vacunaciones para poder registrar la vacuna.

Don/ña _____, como padre/madre/
o tutoría de:

Nombre: _____

Apellidos: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Nº. SIP (tarjeta sanitaria de su hija): _____

Centro Escolar: _____

AUTORIZO la administración a mi hija, de la vacuna frente al Virus del Papiloma Humano que le corresponde según el Calendario de Vacunación Sistemático Infantil de la Comunidad Valenciana (Orden 16/06/2008).

SI

NO En este caso, por favor, indicar el motivo:

Por estar ya vacunada.

Por esta recibiendo tratamiento con (corticoides, quimioterapia, inmunosupresores).

Otros motivos (especificar) _____

Si su hija padece alguna enfermedad, alergia a medicamentos y/o ha recibido recientemente algún tipo de tratamiento o vacuna, anótelo, por favor, en observaciones

OBSERVACIONES:

Firma padre/madre o tutor: