



La vacuna (VPH) es segura forma parte del Esquema Nacional de Vacunación. Se ofrece en forma gratuita a las niñas del 5to grado de nivel primaria de Instituciones Educativas públicas y privadas.

**BENEFICIOS:**

- La vacuna previene la infección por el virus del papiloma humano (VPH) responsable del cáncer de cuello uterino, verrugas genitales y otros tipos de cáncer frecuentes en regiones genitales.
- Para estar protegida, las niñas deben completar las 2 dosis. La segunda dosis se aplicará después de 6 meses de aplicada la 1ra.

**REACCIONES POCO FRECUENTES DE LA VACUNACION:**

Dolor, enrojecimiento y adormecimiento en el lugar de la vacunación, fatiga, fiebre, náuseas o vómitos, reacciones alérgicas muy raras veces que desaparecen en las siguientes 48 horas, si persistiera buscar atención medica en el Centro de Salud más cercano.

Las Vacunas son gratuitas y salvan millones de vida  
**¡Yo decido proteger a mi hija del cáncer el cuello Uterino!**

**DECLARACION**

Yo.....identificado con DNI N° .....Padre, Madre o apoderado de la menor.....identificada con el DNI N°.....del aula.....de la Institución Educativa.....Dejo constancia de haber sido informado sobre los beneficios, seguridad y de reacciones en la administración de la vacuna contra el virus del Papiloma Humano.

Por lo tanto, **AUTORIZO AL PERSONAL DE SALUD QUE VACUNE A MI MENOR HIJA POR VOLUNTAD PROPIA Y ME COMPROMETO A COMPLETAR LAS 2 DOSIS QUE SON NECESARIAS PARA PREVENIR EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO.**

Firma de padre/madre o apoderado

Trujillo .....de.....2020

NOTA: Devolver la hoja firmada



La vacuna (VPH) es segura forma parte del Esquema Nacional de Vacunación. Se ofrece en forma gratuita a las niñas del 5to grado de nivel primaria de Instituciones Educativas públicas y privadas.

**BENEFICIOS:**

- La vacuna previene la infección por el virus del papiloma humano (VPH) responsable del cáncer de cuello uterino, verrugas genitales y otros tipos de cáncer frecuentes en regiones genitales.
- Para estar protegida, las niñas deben completar las 2 dosis. La segunda dosis se aplicará después de 6 meses de aplicada la 1ra.

**REACCIONES POCO FRECUENTES DE LA VACUNACION:**

Dolor, enrojecimiento y adormecimiento en el lugar de la vacunación, fatiga, fiebre, náuseas o vómitos, reacciones alérgicas muy raras veces que desaparecen en las siguientes 48 horas, si persistiera buscar atención medica en el Centro de Salud más cercano.

Las Vacunas son gratuitas y salvan millones de vida  
**¡Yo decido proteger a mi hija del cáncer el cuello Uterino!**

**DECLARACION**

Yo.....identificado con DNI N° .....Padre, Madre o apoderado de la menor.....identificada con el DNI N°.....del aula.....de la Institución Educativa.....Dejo constancia de haber sido informado sobre los beneficios, seguridad y de reacciones en la administración de la vacuna contra el virus del Papiloma Humano.

Por lo tanto, **AUTORIZO AL PERSONAL DE SALUD QUE VACUNE A MI MENOR HIJA POR VOLUNTAD PROPIA Y ME COMPROMETO A COMPLETAR LAS 2 DOSIS QUE SON NECESARIAS PARA PREVENIR EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO.**

Firma de padre/madre o apoderado

Trujillo .....de.....2020

NOTA: Devolver la hoja firmada