

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA INICIAR, CONTINUAR O COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS.

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN: _____

“La vacunación es un derecho fundamental en la vida de los niños y niñas y un deber de todo padre dejarlo vacunar. Es un servicio totalmente gratuito el cual traerá bienestar físico y social a los niños para así mejorar la calidad de vida y evitar enfermedades que puedan acabar con el futuro de nuestro país”.

Ley 1098 de noviembre de 2006. Artículo 29. Establece el derecho al desarrollo integral en la primera infancia que es la etapa del ciclo vital en la que se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano. Desde la primera infancia, los niños y las niñas son sujetos titulares de los derechos reconocidos en los tratados internacionales, en la Constitución Política y en el Código en mención. Son derechos impostergables de la primera infancia, la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación, la protección contra los peligros físicos y la educación inicial.

AUTORIZO como responsable del niño niña: _____

Conociendo los beneficios que aporta la vacunación y los riesgos a que lo expongo si no es vacunado oportunamente.

Autorizo: marcar: SI _____ NO _____

En caso de NO AUTORIZAR LA VACUNACIÓN por favor especificar motivo:

MOTIVO: Vacunación Institucional PARA COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN VIGENTE

NOTA: Sr. Padre, Sra. Madre, tener presente: Durante la campaña se usarán vacunas que cumplen requisitos de calidad y seguridad de acuerdo a las normas vigentes.

- La mayoría de vacunas aplicadas son inyectables, se aplican en la parte superior del brazo.
- Los refuerzos de los 5 años corresponden a tres vacunas: TRIPLE VIRAL, que protege contra sarampión, rubéola y paperas. DPT, que protege contra difteria, tétanos y tos ferina y POLIO ORAL que protege contra la parálisis infantil, esta última es aplicada en forma de gotas en la boca.
- De las tres vacunas mencionadas, la que puede ocasionar algunos efectos es la de DPT, estos son: dolor, inflamación y enrojecimiento en el sitio de la inyección y fiebre. Estos síntomas pueden durar de 1 a 3 días y van disminuyendo. Para el manejo de estas molestias se recomienda colocar en el sitio de la inyección hielo envuelto en un paño limpio, hacer toques en el sitio de la aplicación cada media hora durante los días que dure la molestia. Si los síntomas persisten y no ceden se debe consultar al médico.
- La vacuna de triple viral no presenta generalmente efectos secundarios cuando se coloca el refuerzo o de manera adicional. Si esta vacunación es de primera vez se podría presentar en algunos niños o niñas vacunados síntomas como: fiebre, un brote pequeño en el cuerpo y dolor en articulaciones. Estos síntomas aparecen entre a los 8 y hasta 12 días después de vacunarse, duran de dos a tres días, no generan incapacidad y ceden generalmente sin necesidad de medicamentos.

Nombre Madre/Padre: _____
CC. _____

No. Documento identificación del NIÑO O NIÑA: _____

Fecha nacimiento: _____ Edad: _____

Afiliación en salud (Nombre de EPS contributiva o subsidiada/ o si no cuenta con afiliación): _____

Dirección Residencia: _____ Teléfono: _____
Celular: _____ Barrio: _____

