

**VACUNACIÓN FRENTE AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO**  
**Prevención del cáncer de cuello de útero**

**HOJA DE AUTORIZACION**

**DATOS PERSONALES DE LA NIÑA:**

1<sup>er</sup> Apellido: ..... 2<sup>o</sup> Apellido: ..... Nombre: .....  
Fecha de nacimiento: ... / ... / ..... DNI: .....  
Centro escolar: ..... Curso: ..... Clase/Aula: .....  
Dirección: ..... Localidad: .....  
Teléfono: ..... Móvil: .....  
Tarjeta Sanitaria de Sacyl: SI ☐ NO ☐  
Centro de Salud/ Centro sanitario que le atiende: .....

**Información sobre la vacunación:**

*La vacuna se administra por inyección intramuscular en la parte superior del brazo. La pauta completa consta de **2 dosis en menores de 15 años. A partir de los 15 años, 3 dosis.***

*La vacunación es segura y bien tolerada de forma general, no presentando contraindicaciones salvo las habituales en otras vacunas. Como con otras vacunas, en ocasiones pueden aparecer reacciones locales leves en el lugar de inyección (dolor, enrojecimiento) o molestias generales leves que desaparecen en un par de días. Así mismo, la aplicación de cualquier vacuna en adolescentes se ha asociado con una mayor frecuencia de síncope o desmayos que cuando se vacuna niños pequeños o adultos. No hay evidencias científicas de que la vacuna VPH produzca efectos adversos graves. Las autoridades sanitarias nacionales e internacionales así como las Sociedades Médicas Científicas avalan la seguridad de su administración a esta edad.*

*Por prudencia médica, debe evitarse su administración durante el embarazo y poner en conocimiento del personal sanitario los antecedentes de alergias o reacciones graves a anteriores vacunas o medicamentos.*

**Conteste SI o NO :**

¿Es alérgica a algún medicamento o vacuna? A cuáles: .....  
¿Ha recibido en el último mes alguna vacuna? Cuáles: .....  
¿Padece alguna inmunodeficiencia o enfermedad del sistema inmune? Cuáles: .....  
¿Padece actualmente alguna enfermedad aguda o crónica? Cuáles: .....  
¿Está tomando algún medicamento? Cuáles: .....  
¿Está embarazada?

**DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:**

1<sup>er</sup> Apellido: ..... 2<sup>o</sup> Apellido: ..... Nombre: .....  
Teléfono de contacto: .....

☐ SÍ AUTORIZO ☐ NO AUTORIZO

la administración a mi hija, de la vacuna frente al Virus del Papiloma Humano que le corresponde según el Calendario Oficial de Vacunaciones Sistemáticas de la Infancia vigente en la Comunidad de Castilla y León (Orden SAN/1063/2013)

En caso de no autorización, especificar motivos:

OBSERVACIONES:

**Firma y fecha**

..... a .....de .....