

## PROGRAMA DE VACUNACION ESCOLAR. Curso 2020-2021

A LA MADRE, PADRE O TUTOR DEL ALUMNO/A 2º ES

El Programa de Vacunación Andaluz -PVA- se inicia al nacimiento del niño, y en la etapa escolar se completa según el calendario oficial vigente. En los próximos días comenzará a desarrollarse en el colegio de su hija/o, correspondiendo la vacuna siguiente:

### -Td -Tetanos y Difteria adultos

Le recordamos que es necesaria su autorización por escrito para poder vacunar a su hija/o en el centro docente. Por favor, entregue la cartilla de vacunaciones en el colegio, donde se anotará la vacuna que reciba, además quedará registrada en su Historia Clínica.

**Rellenar los datos siguientes y entregar en el colegio, junto con la cartilla de vacunas**

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_ Sexo: V M Fecha Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_ NUSHA: \_\_\_\_\_

Debido a la seguridad de las vacunas que se utilizan actualmente son muy pocas las contraindicaciones y precauciones de su administración. Sin embargo, es necesario que el equipo de vacunación deba conocer algunas circunstancias de salud de su hijo, para lo cual debe indicar en cada una de ellas SI/NO, y en caso afirmativo cual ha sido:

- ¿Es alérgico a algún medicamento o vacuna? ¿cual?: SI: \_\_\_\_\_ / NO
- ¿Ha tenido alguna reacción importante en otras vacunaciones? ¿cual?: SI: \_\_\_\_\_ / NO
- ¿Ha recibido en el último mes alguna vacuna? ¿cual?: SI: \_\_\_\_\_ / NO
- ¿Padece alguna enfermedad del sistema inmune? ¿cual?: SI: \_\_\_\_\_ / NO
- ¿Padece alguna enfermedad crónica? ¿cual?: SI: \_\_\_\_\_ / NO
- ¿Esta tomando algún medicamento? ¿cual?: SI: \_\_\_\_\_ / NO

Esta vacuna es segura y bien tolerada, aunque tras su administración pueden presentarse algunos efectos locales leves (dolor, enrojecimiento,..) o generales (fiebre), que suelen desaparecer en 48-72 horas, y excepcionalmente algunos importantes como reacciones alérgicas y alteraciones neurológicas.

**AUTORIZO A VACUNAR A MI HIJA/O EN EL COLEGIO: SI \_\_\_\_ ; NO \_\_\_\_**

D./Dña. \_\_\_\_\_

**Firma**

**En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_**

*Su colaboración será de gran ayuda para la salud de su hija/o. Muchas gracias.*