



### EJERCITO ECUATORIANO

UNIDAD	COLEGIO MILITAR "ELOY ALFARO"	CODIGO	
NOMBRE	CIRCULAR VACUNACIÓN	VERSIÓN	1.0

**0016-2018-2019**

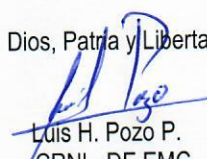
Estimado señor padre de familia/representante

Es un gusto poder expresar un cordial saludo y a la vez comunicarle que el Ministerio de Salud, continuando con su campaña de vacunación estará en la institución el jueves 25 de octubre de 2018, desde las 09:30 con profesionales del Centro de Salud Santa Clara para realizar la verificación del esquema de vacunas a los niños de 5 años hasta 5 años once meses y proceder a aplicar las dosis faltantes correspondientes.

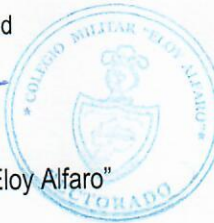
Por lo que es indispensable que usted señor padre de familia/representante envíe con su hija (o) una copia del carné de vacunas y firmada la autorización, anexa a la presente.

DMQ, octubre 23 de 2018


Dios, Patria y Libertad

  
Luis H. Pozo P.  
CRNL. DE EMC.

Rector del Colegio Militar "Eloy Alfaro"



Elaborado por: RR.PP.

Revisado por: Mayo Trujillo.....  




**Autorización:**

La presente es sólo una declaración del adulto responsable del niño, niña y adolescente a su cargo para conocimiento de la escuela:

Yo \_\_\_\_\_, autorizo que mi representado /a (nombre de estudiante) \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_ año, paralelo \_\_\_\_, reciba la vacunación contra Sarampión, Rubeola y Paperas (SRP) pertinente de acuerdo a los lineamientos con fines de igualar vacunas de acuerdo a la edad de la Estrategia MISE.

En caso de que por razones culturales/religiosas Ud. No autorice que su representado reciba algún tratamiento o terapia médica, por favor indique a continuación el motivo \_\_\_\_\_

Los abajo firmantes declaran que la información consignada en esta ficha corresponde a la realidad y se comprometen a comunicar por escrito a la Unidad Educativa \_\_\_\_\_ cualquier modificación de ésta.

Fecha: Quito, D.M., ..... de ..... De 2018

Firma del Apoderado Responsable:	
Nombres y Apellidos	

**Recuerda:** Se debe entregar este documento en la institución educativa durante los primeros días del año lectivo.

Fuente: Modelo Integral de Salud Escolar –MISE.

Elaboración: Dirección Nacional de Promoción de la Salud.

**NOTA: SE INFORMA A LOS PADRES DE FAMILIA LOS ESQUEMAS DE VACUNACION DE ACUERDO A EDAD.**

**\*NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS COMPLETAR ESQUEMAS DE VACUNA QUE OFERTA EL MSP: BCG, ROTAVIRUS, IPV, BOPV, PENTAVALENTE, NEUMOCOCO, SRP, FA, VARICELA, DPT, HB.**

**\*NIÑOS DE 5 AÑOS DPT NIÑOS (DIFTERIA Y TETANOS).**

**\*\*NIÑAS DE 9 AÑOS HPV (PAPILOMA VIRUS 2 DOSIS).**

**\*\*\*ADOLECENTES DE 15 AÑOS dt (DIFTERIA Y TETANOS DOSIS UNICA).**

**LINEAMIENTOS DE VACUNACION MSP ESTRATEGIA NACIONAL DE INMUNIZACIONES 2016**