



Desde 1936
Colegio La Maisonnette
Mujeres para el mundo.



International Baccalaureate
Baccalauréat International
Bachillerato Internacional

26 de Septiembre de 2018

Estimados Apoderados de 4° y 5° Básico:

Junto con saludar, les informo que el día martes 9 de octubre, se administrará la **vacuna VPH Tetravalente** que previene las infecciones causadas por el Virus del Papiloma Humano y que se encuentra en el Plan Nacional de Inmunizaciones del Ministerio de Salud. Se administran 2 dosis con una diferencia de 12 meses entre una y otra. Se administrará la primera dosis a las alumnas de 4° Básico y la segunda dosis, a las alumnas de 5° Básico. Esta vacunación estará a cargo del Vacunatorio de Vitacura.

Efectos Adversos

Leves o moderados: Eritema, dolor, aumento de volumen, prurito y hematoma en el lugar de punción.

Menos frecuente: Cefalea, fiebre, artralgia, mialgia, mareos, náuseas, trastornos gastrointestinales.

Contraindicaciones:

Alumnas que han desarrollado síntomas indicativos de hipersensibilidad posterior a la primera dosis no deben recibir otra dosis.

Se les ha mandado a través de sus hijas, la colilla que deben firmar. Les solicito enviarla a la brevedad, autorizando este procedimiento. **En el caso de que su hija presente alguna condición que amerite precauciones especiales o la suspensión de la vacuna, debe informar oportunamente y presentar certificado médico**

a la Profesora Jefe.

Las alumnas que no estén presentes el día de la vacunación, deben acudir al Cesfam Vitacura antes de finalizar el año escolar.

Dirección: Indiana 1195 Vitacura

Horario: Lunes a jueves de 9:00 a 16:30 horas. Viernes de 9:00 a 15:30 horas.

Atentamente,

Pamela Malfanti

Encargada de Enfermería

2 28162900 - 2 18162990



Desde 1936
Colegio La Maisonnette
Mujeres para el mundo.



International Baccalaureate
Baccalauréat International
Bachillerato Internacional

Vacunación 4° y 5° Básico 2018 VPH Tetravalente

Nombre de la alumna: _____

Curso: _____

Recibí la comunicación en relación a la próxima vacunación.

Autorizo para que mi hija reciba la vacuna _____

Firma del Apoderado _____

Fecha _____