Jueves 26 de octubre de 2017

Señor apoderado, junto con saludar informo a usted que el Servicio Nacional de Salud, ha iniciado la campaña de vacunación escolar 2017 contra Virus Papiloma Humano (vph) + Rubeola, Sarampión, Paperas (Tres vírica) y Parotiditis + Difteria, Tétanos Y  Tos convulsiva (dpt), (Ver recuadro). Estas inoculaciones corresponden al Programa Nacional de Inmunización obligatorio del Ministerio de Salud. La vacunación se realizará el **día jueves 02 de noviembre de 2017** en el establecimiento, a cargo del equipo médico del CESFAM Hernán Alessandri. Providencia.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Curso** | **Vacuna** | **Dirigida a:** | **Dosis** | **Enfermedad la cual protege** |
| **1º Básico** | **Tres vírica y**  **dTp (acelular)** | **Niños y niñas.** | **2ª**  **1ª** | **Rubéola, Sarampión Parotiditis.**  **Difteria, Tétanos, y Tos convulsiva.** |
| **4º Básico** | **VPH** | **Niñas.** | **1ª** | **Virus Papiloma Humano** |
| **5º Básico** | **VPH** | **Niñas.** | **1ª o 2ª** | **Virus Papiloma Humano** |
| **8º Básico** | **dTp (acelular)** | **Alumnos Alumnas** | **Refuerzo** | **Difteria, Tétanos, y Tos convulsiva.** |

**NOTA:** se envía a los apoderados formulario oficial del Ministerio de Salud rechazando la vacuna. Por favor devolver esta **hoja de registro de respaldo a rechazo de vacunación** firmada hasta el día martes 31 de octubre, informando de alumnas y alumnos que no se vacunarán.

**Importante:** Si el alumno-alumna que contaba con su consentimiento para vacunarse, se ausenta este día a clases y no es vacunado en nuestro establecimiento, deberá acudir con padres a CESFAM Hernán Alessandri, calle los Jesuitas 857, Providencia de Lunes a Jueves de 8:30 a 16:00 hrs y Viernes de 8:30 a 15:00 hrs.

Solicitamos y agradecemos devolver firmada la colilla de autorización y/o rechazo de vacunación.

Saluda atentamente a usted,

Inspectoría General

Colegio Superior Cambridge.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN CAMPAÑA VACUNACIÓN.**

Yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, apoderado del alumno (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del curso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo a mi hijo (a) a ser vacunado (a) en el Colegio Superior Cambridge. Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Colegio Superior Cambridge.