

**Autorización para la vacunación contra sarampión y rubeola a los niños y niñas en Instituciones Educativas y de Protección Infantil**

Institución: \_\_\_\_\_ Sede: \_\_\_\_\_ Jornada: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

**“La vacunación es un derecho fundamental en la vida de los niños y niñas y un deber de todo padre/madre dejarlo vacunar. Es un servicio totalmente gratuito el cual traerá bienestar físico y social a niños y niñas para así mejorar la calidad de vida y evitar enfermedades en su futuro”**

**Ley 1098 de noviembre de 2006. Artículo 29.** Desde la primera infancia, los niños y las niñas son sujetos titulares de los derechos reconocidos en los tratados internacionales, en la Constitución Política y en el Código en mención. **Son derechos impostergables de la primera infancia, la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación**, la protección contra los peligros físicos y la educación inicial.

¿En los últimos dos meses su hijo o hija ha recibido la vacuna adicional contra sarampión y rubéola? **SI** \_\_\_ **NO**\_\_ .

En caso de que su respuesta sea **NO**, ¿autoriza a que la dosis adicional contra sarampión rubeola sea aplicada en la institución educativa. ? **SI** \_\_\_ **NO**\_\_ .

¿En los últimos dos meses su hija ha recibido la vacuna de VPH (VIRUS DE PAPILOMA HUMANO)? **SI** \_\_\_ **NO**\_\_ .

En caso de que su respuesta sea **NO**, ¿autoriza a que sea aplicada en la institución educativa.? **SI** \_\_\_ **NO**\_\_

¿En los últimos 4 meses le ha colocado vacuna **COVID 19** a su hijo o hija? **SI** \_\_\_ **NO**\_\_ . ¿Cuál dosis? 1 \_\_\_ 2 \_\_\_ 3 \_\_\_

En caso de que su respuesta sea **NO**, ¿autoriza a que sea aplicada en la institución educativa.? **SI** \_\_\_ **NO**\_\_

En caso de que su respuesta sea **SI**, por favor enviar la copia del “Paz y Salvo de vacunación” o carné de vacunación emitido por el punto de vacunación a la institución educativa. Dado que es un requisito indispensable para garantizar que el niño o niña ha sido vacunado.

¿Su hijo o hija presenta alguna enfermedad? **SI** \_\_\_ **NO**\_\_ En caso de que SI, indique cuál: \_\_\_\_\_

En caso **de no autorizar** la vacunación por favor indique el motivo de esta decisión: \_\_\_\_\_

Nombre Madre/Padre/Responsable: \_\_\_\_\_ Firma Madre/Padre/Responsable: \_\_\_\_\_

Nº documento identificación del niño o niña: \_\_\_\_\_

Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono o número de celular: \_\_\_\_\_