



Calca 07 de Setiembre del 2020

289

OFICIO MULTIPLE N° -2020-GR-C/DRE-C/UGEL-C

SEÑOR (A) : Director(a) del DISTRITO DE CALCA

ASUNTO : BRINDAR FACILIDADES A PROGRAMA DE VACUNACION PREVENTIVA CONTRA EL CANCER UTERINO.

REFERENCIA : OFICIO Nro 210 – 2020-MINSA-DIRESA-RCN-MRC-CENTRO DE SALUD CALCA

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. para hacer de su conocimiento que el Ministerio de Salud a través del Centro de Salud de Calca viene organizando el PROGRAMA DE VACUNACION CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) EN NIÑAS DE 5to AÑO DEL NIVEL PRIMARIO en el ámbito del distrito de Calca con la finalidad de prevenir el cancer uterino.

Siendo esta una actividad en beneficio de la salud de nuestra niñas estudiantes, tenga Ud. a bien BRINDAR LAS FACILIDADES para que los responsables del Centro de Salud de Calca debidamente identificados y acreditados puedan realizar esta importante actividad.

Para tal efecto se deben cumplir con las siguientes acciones:

- Coordinar e identificar previamente a los responsables del Centro de Salud de Calca para establecer estrategias de trabajo
- Programar las actividades de difusión y comunicación del programa a los padres de familia para tener el **consentimiento informado** para la ejecución de esta actividad.
- Garantizar la aplicación de los protocolos de seguridad que establece la normativa en la lucha contra el COVID – 19.
-

Para mayores informes comunicarse con la Lic. ANDREA RAMOS CEL 933860524 adjuntamos el cronograma propuesto por el Centro de Salud de Calca .

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para renovarle las muestras de mi estima personal.

ATENTAMENTE.

Prof. Iván F. Carbajal Marconi
DIRECTOR UGEL CALCA

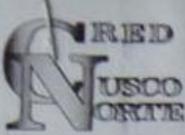


GOBIERNO REGIONAL
CUSCO

DUGELC/DIRECCION REGIONAL DE EDUCACION CUSCO
**UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL
CALCA**

"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"
CUSCO CAPITAL HISTORICA DEL PERU



 **DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO**
RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE
MICRORRED CALCA

 **Ministerio de Salud**
Personas que atendemos personas

CENTRO DE SALUD CALCA
"CUSCO CAPITAL HISTORICA DEL PERU"
"AÑO DE UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD "

OFICIO No. 210- 2020-MINSA-DIRESA-RCN-MRC-CENTRO DE SALUD CALCA

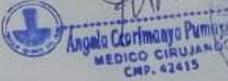
SEÑOR DIRECTOR DE LA UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA CALCA
MAGISTER IVAN MARCONI CARBAJAL

ASUNTO : Cronograma de vacunación contra Virus de Papiloma Humano (VPH) en niñas de 5to año de nivel Primario, en las Once Instituciones Educativas de la Jurisdicción del, Distrito de Calca.

Es grato dirigir é a Ud.; con la finalidad de felicitarle por la gestión que viene efectuando en bien de la educación y remitir adjunto al presente el Cronograma de vacunación contra el Virus de Papiloma Humano, que se administrara en todas las niñas de Quinto Grado del nivel Primario de Calca, con el fin de prevenir el Cáncer Uterino, la presente se remite conforme a coordinación anticipada que se efectuó con su Despacho, significando que este Centro de Salud de Calca sugiere que la vacunación se realice en las respectivas Instituciones Educativas, conforme a las fechas y horas indicadas; la asistencia deberá ser puntual tomando en cuenta los Protocolos Sanitarios por la Pandemia COVID 19. Para dicha actividad se requiere él envió al término de la distancia de las nóminas de matrículas (secciones de 5to Grado), para la previsión de Biológicos; asimismo cualquier coordinación por su Despacho deberá ser efectuada al personal de Enfermería responsable de esta Campaña (Licenciada Andrea RAMOS Cel.No.933860524).

Es propicia la oportunidad para hacerle llegar las consideraciones de estima personal,

Atentamente




CRONOGRAMA DE VACUNACIÓN C.S. CALCA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA	FECHA	HORA
Sagrado corazón de Jesús	08-08-20	8:30 am 10:30 am
El Carmen	08-08-20	11:00 am 12.30pm
La merced	08-08-20	2:30 pm 3:30 pm
Ntra sra de Fátima	10-08-20	8:30 am 10:30 am
Signos de fe	10-08-20	11:00 am 12:30pm
San Martín (piste)	10-08-20	2:30 pm 3.30pm
San Román	15-08-20	8:30 am 10:30 am
Ntra sra de Belén	15-08-20	11:00 am 12:30 pm
Tomas Alva Edison	15-08-20	2:30 pm 3:30 pm
Yanahuaylla	29-08-20	8:30 am 10:30 am
Ilanchu	29-08-20	11:00 am 12:30 pm





**CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PADRE, MADRE, O TUTOR,
AUTORIZANDO A SU MENOR HIJA PARA VACUNARSE CONTRA
EL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO (VPH)**

Esta vacuna forma parte del Esquema Nacional de Vacunación del Ministerio de Salud.

Se ofrece de forma gratuita a las niñas del 5to grado de educación primaria de Instituciones Educativas públicas y privadas en todo el país.

BENEFICIOS:

- ❖ Esta vacuna previene la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) responsable del cáncer de cuello uterino, verrugas genitales y otros tipos de cáncer frecuentes en regiones genitales.
- ❖ Para gozar de la protección de la vacuna, es necesario que la niña reciba las 2 dosis de vacuna: La 1ª dosis al primer contacto del vacunador con la niña y la 2ª dosis 6 meses después de la primera dosis.

LA VACUNA:

- ❖ Es muy segura
- ❖ Previene el cáncer de cuello de útero, pero no cura el cáncer.

POSIBLES REACCIONES DESPUÉS DE LA VACUNACIÓN:

La reacción más frecuente es en el sitio de inyección puede ser: Dolor, enrojecimiento e hinchazón en el lugar de vacunación. Desaparece (sin tratamiento médico) dentro de las 48 horas.

Otras reacciones poco frecuentes son: dolor de cabeza, fatiga, fiebre, náuseas, que desaparecen en las siguientes 48 horas. Si persisten, buscar atención en los establecimientos de salud.

Reacciones menos frecuentes no asociadas a la vacuna pero reportadas:

- ❖ Desmayo: Esta reacción puede producirse por temor o miedo y no por la vacuna propiamente. Para evitar esta reacción se recomienda administrar la vacuna a la niña sentada y permanecer así en observación 15 minutos después de la administración de la vacuna.
- ❖ Reacciones alérgicas: Ronchas o picazón que pasan rápidamente. Si persisten, buscar atención en el establecimiento de salud.

DECLARACIÓN:

Yo....., identificado con DNI N°.....
Padre, madre, tutor o representante legal de la niña identificada con el
DNI N° alumna del aula de la Institución
Educativa..... Dejo constancia de haber sido informado(a) sobre los beneficios,
seguridad y posibles reacciones a la administración de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano. Por lo tanto
autorizo al Personal de Salud a vacunar a mi menor hija por voluntad propia y me comprometo a completar las 2 dosis
que son necesarias para su protección contra el cáncer de cuello uterino.

Firma del padre/madre o apoderado

_____ de 2011

NOTA: Devolver la hoja firmada