

Consentimiento informado para la vacunación contra el Sarampión en escuelas primarias en la Ciudad de México

Fecha _____ (dd/mm/aaaa)

CURP: _____

Nombre de la escuela _____

SEÑORES PADRES DE FAMILIA Y/O TUTORES:

Como es de su conocimiento, en México se han identificado casos positivos a sarampión; por lo que la Secretaría de Salud en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, durante el mes de septiembre de 2025 aplicará la vacuna contra el Sarampión a todas las niñas y niños de quinto y sexto año de primaria, así como a los menores de primero a cuarto grado de primaria con esquema incompleto o sin antecedente de vacunación contra sarampión, lo cual se verificará con la Cartilla Nacional de Salud.

Adicionalmente, se les informa que, con una baja frecuencia, entre el primer y doceavo día después de la aplicación de la vacuna, se podría presentar dolor, enrojecimiento e hinchazón ligero en el sitio de aplicación, dolor de cabeza, fatiga y malestar general. Síntomas que se resuelven de forma espontánea, sin embargo, de presentarse de manera persistente, se recomienda acudir a la unidad de salud más cercana a su domicilio para su evaluación y tratamiento de ser necesario.

Por lo anterior, se solicita su autorización para la aplicación de la vacuna.

SI ACEPTO

NO ACEPTO

SI ACEPTA QUE SE LE APLIQUE LA VACUNA CONTRA EL SARAMPIÓN A SU HIJA (O), FAVOR DE LLENAR EL SIGUIENTE FORMULARIO:

NOMBRE DE LA NIÑA O NIÑO _____ GRADO ESCOLAR _____

ENTIDAD FEDERATIVA DE RESIDENCIA: _____

DERECHOHABIENCIA DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE (COLOCAR IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, MARINA, SSA o Servicios de Salud del IMSS BIENESTAR): _____

Otro (Especifique): _____

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA _____

PARENTESCO (MADRE, PADRE O TUTOR) _____

FIRMA _____

***En caso de aceptar, deberá presentar la Cartilla Nacional de Salud para el registro de la dosis aplicada, en caso de que no cuente con cartilla, se le proporcionará un comprobante de vacunación provisional.**