Anexo 1. Consentimiento informado para la vacunación contra el VPH

Fecha:_____ (dd/mm/aaaa)
CURP:_____

Nombre de la escuela:_____ Clave de la escuela (CCT):_____

UMF responsable de la aplicación de la vacuna:_____ Lugar de aplicación: UMF:_____ Escuela:_____ Folio:_____

MADRES, PADRES DE FAMILIA Y/O TUTORES:

Se les informa que, a partir del mes de octubre de 2026, se llevará a cabo la aplicación de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH-9a) a las niñas y niños que cursen el quinto grado de educación primaria, así como a las niñas de 12 a 16 años y niños de 12 años que en campañas previas no fueron vacunados (sujeto a la disponibilidad de la vacuna); la vacunación tiene como finalidad prevenir infecciones por los tipos de VPH incluidos en la vacuna y reducir el riesgo de desarrollar enfermedades asociadas a estos virus, incluido el cáncer de cuello uterino, que continúa siendo la segunda causa de muerte por cáncer en las mujeres mexicanas, por lo que el fortalecimiento de las acciones de prevención, detección oportuna y vacunación contra el VPH es una prioridad de salud pública.

La vacuna contra el VPH ha demostrado ser altamente efectiva para prevenir infecciones persistentes y lesiones precancerosas causadas por los tipos de VPH incluidos en la vacuna. Su aplicación antes de la exposición al virus permite obtener el mayor beneficio preventivo.

Después de la vacunación pueden presentarse algunas reacciones, generalmente leves y transitorias, como dolor, enrojecimiento, inflamación o sensibilidad en el sitio de aplicación, dolor de cabeza, fatiga o malestar general. Estas manifestaciones suelen desaparecer espontáneamente en poco tiempo y, por lo general, no requieren tratamiento específico. En caso de que se presente alguna reacción que persista, se intensifique o genere preocupación, se recomienda acudir a la unidad de salud más cercana para recibir valoración médica y, en caso necesario, tratamiento.

La aplicación de la vacuna será realizada por personal de salud capacitado, de acuerdo con las disposiciones establecidas en los Lineamientos de la Campaña de Vacunación contra el VPH 2026.

Con base en la información proporcionada, manifiesto que he sido informado(a) sobre la finalidad de la vacunación, sus beneficios, las posibles reacciones posteriores a la aplicación y las recomendaciones correspondientes, y autorizo que se aplique la vacuna contra el VPH a la niña o niño bajo mi responsabilidad.

aVacuna contra el VPH-9 (nonavalente). Protege contra los principales tipos del virus que provoca cáncer de cuello uterino.

☐ SI ACEPTO ☐ NO ACEPTO

SI ACEPTA QUE SE LE APLIQUE LA VACUNA CONTRA EL VPH A SU HIJA/HIJO, FAVOR DE LLENAR EL FORMULARIO:

NOMBRE DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE:_____

GRADO ESCOLAR:_____ EDAD:_____MUNICIPIO DONDE VIVE:_____

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

NOMBRE DE LA MADRE, PADRE O TUTOR:_____

PARENTESCO (MADRE, PADRE O TUTOR):_____ FIRMA:_____FECHA:_____

Nombre del personal de Enfermería que aplicó la vacuna, matrícula y firma.

Etiqueta de vacuna