



COMUNICADO CM-SSCC 04/2026 CAMPAÑA DE VACUNACION (VPH)

A los padres, madres y/o tutores de familia de los SS.CC.:

Con el firme propósito de precautelar la salud y el bienestar de nuestros estudiantes, el **Ministerio de Salud y Deportes** y el **Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz**, en coordinación con la Dirección General, el Consultorio Médico de nuestra Unidad Educativa y el apoyo del **Centro de Salud "Bajo San Pedro" (Red 1 Sur Oeste)**, convocan a participar de la Campaña de Vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH).

La campaña está dirigida exclusivamente a los estudiantes que cumplan con los siguientes rangos de edad:

- **Varones:** 10 años cumplidos.
- **Mujeres:** De 10 a 14 años cumplidos.

Detalles de la Jornada

- **Fecha:** viernes 26 de junio de 2026
- **Lugar:** Consultorio Médico de la Unidad Educativa

Requisitos Obligatorios

Para que el estudiante reciba la dosis correspondiente, deberá presentar de forma física:

1. **Fotocopia simple** de la Cédula de Identidad (CI) del estudiante.
2. **Autorización firmada** por el padre, madre o tutor legal (consentimiento informado).

Nota importante: Toda vacunación se realizará previa verificación del estado vacunal del paciente en el Sistema del Registro Nominal de Vacunación Electrónica (RNVE).

Agradecemos de antemano su responsabilidad, compromiso y valiosa colaboración en beneficio de la salud de nuestros estudiantes.

Atentamente,

Dra. Brisa Jiménez

*Responsable del Consultorio Médico SS.CC.
Unidad Educativa "Sagrados Corazones A"*

La Paz, 24 junio de 2026

AUTORIZACIÓN DE VACUNACIÓN

Yo, _____,

con Cédula de Identidad _____, en mi condición de (marcar uno):

Padre Madre Tutor legal

Autorizo expresamente la vacunación de mi hijo/a en el consultorio médico de la Unidad Educativa "Sagrados Corazones A":

Datos del estudiante:

- **Nombre completo:**

- **Cédula de Identidad (CI):** _____

- **Curso / Grado:** _____

Vacuna a autorizar:

(Por favor, marque con una equis [X] el recuadro correspondiente para otorgar su consentimiento)

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

(Dirigido a niños de 10 años cumplidos y niñas de 10 a 14 años cumplidos).

.....

Firma del Padre, Madre o Tutor Legal

Número de celular/contacto: _____

La Paz, junio de 2026