AUTORIZACIÓN

Unidad Educativa Colegio Militar "Eloy Alfaro" N° 1

Yo....., autorizo que mi representado/a (nombre de estudiante)..... con cédula..... fecha de nacimiento.....del.....año, paralelo....., reciba la **VACUNA RECOMBINANTE NONVALENTE (9) CONTRA EL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO (VPH - Tipos 6,11,16,18,31,33,45,52 y 58)** para hombres y mujeres. La aplicación es de forma voluntaria a costo especial ofertado.

Esquema de Vacunación: De 9 a 14 años son 2 dosis, se aplica en el mes 0 y mes 6

De 15 años en adelante son 3 dosis, se aplica en el mes 0, mes 2 y mes 6

Estoy interesado

No estoy interesado

La vacunación se realizará el día martes 15 de octubre del presente año, en el área médica de la Institución.

- Valor de la vacuna efectivo y/o transferencia: \$ 100,00 cada dosis
- Valor de la vacuna tarjeta de débito o crédito: \$ 106,00 cada dosis

Fecha: Quito, D.M.,..... de..... del 2024

Nombres y Apellidos del Representante.	FIRMA

HOY EXISTE UNA VACUNA
QUE TE PROTEGE CONTRA ESTE TIPO DE CÁNCERES Y VERRUGAS GENITALES

PRECIO ESPECIAL:
\$100 Efectivo/Transferencia
\$106 Tarjeta crédito/débito
~~P.V.P. \$130~~

VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH)
CÁNCER DE ÚTERO, PENE, GARGANTA
VERRUGAS GENITALES

9 DE CADA 10 personas sexualmente activas, se contagiarán de VPH

EN EL ECUADOR EL CÁNCER DE ÚTERO ES LA 2DA CAUSA DE MUERTE.

EL CONDÓN NO TE PROTEGE AL 100% CONTRA EL VPH

EL CÁNCER CERVICOUTERINO ES 99% PREVENIBLE CON LA VACUNA DEL VPH

VACUNAMED DISTRIBUIDORA FARMACÉUTICA

Matriz Quito
Av. América N39-231 y Calle San Francisco (frente a la parada METRO BRASIL)
Teléfonos: 2444938 / 2256918 / 2266797
2464823 Cel: 0980584608 / 0994311725
Lun - Vie | 8:30am - 6:30pm
Sábado | 8:30am - 5:00pm

Sucursal Sur
Sector Chimboacalle, Juan Borgeñón N°58219 y Rodrigo de Ocampo (esquina) Frente al CENTRO DE SALUD N°4
Teléfonos: 2658485 / 2444938
2266797 / 0994311725
Lun - Vie | 8:30am - 5:00pm

QR code and social media links for VACUNAMED.