



## EJERCITO ECUATORIANO

|        |   |        |        |
|--------|---|--------|--------|
| UNIDAD | UNIDAD EDUCATIVA DE FUERZAS ARMADAS COLEGIO MILITAR NO. 1 "ELOY ALFARO" | CÓDIGO | G.C.S. |
| NOMBRE | CIRCULAR VACUNACIÓN DE HPV 9 A 15 AÑOS APROXIMADAMENTE                  |        |        |

**021-2024-2025**

Estimado señor padre de familia/representante:

Reciba un cordial saludo. Con el objetivo de fortalecer nuestras acciones preventivas para el bienestar de nuestros cadetes y de toda la comunidad educativa, el Policlínico de la institución ha coordinado con una empresa privada la realización de una charla informativa sobre el Virus del Papiloma Humano (HPV), sus formas de infección y las medidas de prevención.

La charla tendrá lugar el lunes 28 de octubre a las 17:00 y estará dirigida a los padres de familia. En este encuentro se brindará información detallada sobre el virus, las formas de contagio y prevención, así como sobre la campaña de vacunación que hemos planificado para la comunidad. La vacuna, según el esquema de vacunación, está indicada para niños y niñas a partir de los 9 años, y también se recomendará a adultos en edad reproductiva. Durante la charla, se abordarán temas como el tipo de vacuna, las poblaciones objetivo, las cepas cubiertas, las dosis necesarias, entre otros. Podrá acceder a la charla a través del siguiente enlace: <https://meet.google.com/gma-gnai-sxc2hs=224>

La campaña de vacunación se llevará a cabo en la institución el jueves 31 de octubre de 2024, de 10:00 a 14:00, a cargo de la empresa privada coordinadora. En el anexo encontrará el detalle de los costos, y le recordamos que el comprobante de pago es un requisito indispensable para participar en la jornada de vacunación.


Es importante observar los criterios de exclusión: Niños y niñas de 9 y 10 años que ya hayan sido vacunados contra el HPV entre marzo y agosto de 2024, independientemente de la dosis recibida, no podrán participar en esta jornada. Para acceder a la vacunación, el representante deberá:


- Legalizar la autorización anexa.
- Traer impreso el comprobante de pago.
- Presentar ambos documentos el día de la vacunación.

Agradecemos su compromiso con la salud de nuestros cadetes.

DMQ, 23 de octubre de 2024

Dios, Patria y Libertad

  
Angel R. Remache C.  
Cmi. de E.M.C.  
Rector de la UEF. FF.AA. Colegio Militar No. 1 "Eloy Alfaro"





**YACUNAMED**  
DISTRIBUIDORA FARMACÉUTICA



# Vacuna **VPH**

**SI TUS HIJOS TIENEN 9 AÑOS O MÁS...**

**Protégelos contra el  
Virus del Papiloma Humano**

Causa diferentes tipos de cánceres

## **HOMBRES**

- CÁNCER DE PENE
- VERRUGAS GENITALES
- CÁNCER DE ANO
- CÁNCER GARGANTA

## **MUJERES**

- CÁNCER DE UTERO
- VERRUGAS GENITALES
- CÁNCER DE ANO
- CÁNCER GARGANTA

## **Vacuna contra el VPH**

### **PRECIO PROMOCIÓN**

Efectivo/Transferencia

Tarjeta crédito/débito

**\$100**

x DOSIS

**\$106**

x DOSIS

PRECIO  
PÚBLICO

~~\$150~~



0994311725



VACUNAMED

Autorización: Vacunación Contra HPV

**Unidad Educativa Colegio Militar “Eloy Alfaro” N° 1**

Yo \_\_\_\_\_, autorizo que mi representado /a (nombre de estudiante)..... con cedula.....fecha de nacimiento.....del \_\_\_\_ año, paralelo \_\_\_\_, **reciba la vacuna contra el Virus del papiloma Humano:**

- **Niños de 9 años de edad** que corresponde los niños que ya hayan cumplido los **9 años hasta los 9 años 11 meses 29 días**, independientemente del antecedente vacunal del biológico VPH.
- **Niñas desde los 9 años hasta los 14 años 11 meses 29 días** de edad independientemente del antecedente vacunal del biológico VPH

Autorizo

No autorizo

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

| Nombres y Apellidos del Representante. | FIRMA |
|--|-------|
|  |       |