



EJERCITO ECUATORIANO

UNIDAD	UNIDAD EDUCATIVA DE FUERZAS ARMADAS COLEGIO MILITAR NO. 1 "ELOY ALFARO"	CÓDIGO	G.C.S.
NOMBRE	CIRCULAR MSP VACUNACIÓN VPH-DPT-BOPV-INFLUENZA		

026-2024-2025

Estimado señor padre de familia/representante:

Con un cordial saludo, informo a usted que, el Ministerio de Salud Pública (MSP) está ejecutando la campaña de vacunación a nivel nacional contra la influenza, misma que estará dirigida a los grupos prioritarios, entre los que se encuentran:

- Niños y niñas de 6 meses a 7 años con 11 meses y 29 días (los menores de 6 a 11 meses recibirán dos dosis).

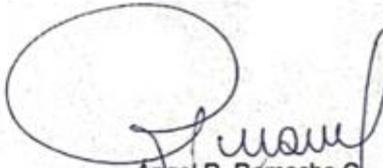
Por tal motivo, la brigada del Centro de Salud Fray Bartolomé de las Casas del MSP realizará la vacunación en la institución los días martes 12 y miércoles 13 de noviembre de 2024, en horario de 08:00 a 13:00. Para que sus representados puedan acceder al suministro de la dosis es requisito indispensable presentar la autorización, anexa a la presente.

Adicionalmente, el personal profesional del MSP administrará las vacunas DPT y BOPV para los niños de 5 años, es decir, hasta 5 años, 11 meses y 29 días, junto con la vacuna contra la influenza. Requisito la autorización.

Así también realizarán la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) para aquellos niños y niñas que aún no la hayan recibido. Requisito la autorización.

DMQ, 11 de noviembre 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"



Autorización:

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:**

Niños 5 años: El segundo refuerzo de DPT (Difteria, tétanos y tosferina) y BOPV (polio oral).

Autorizo

No autorizo

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

Nombres y Apellidos del Representante.	FIRMA

Autorización:

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:**

Niños 5 años: El segundo refuerzo de DPT (Difteria, tétanos y tosferina) y BOPV (polio oral).

Autorizo

No autorizo

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

Nombres y Apellidos del Representante.	FIRMA

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

