

ANEXO II.

VACUNACIÓN FRENTE A VARICELA

Centro de salud de

Estimados padres y madres:

El Calendario Oficial de Vacunaciones de Navarra incluye la vacunación frente a la varicela a los escolares de 10 años (4º de Primaria) que previamente no hubieran padecido la enfermedad ni hubieran sido vacunados. http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/BON/Boletines/2010/16/Anuncio-4/La

Si su hijo ha pasado la enfermedad o ha sido vacunado o no desea que sea vacunado, le rogamos que firme la hoja cuestionario inferior, marcando la casilla de "NO. No autorizo la aplicación de la vacuna frente a varicela"

Si su hijo cumple los criterios (no ha pasado la enfermedad ni ha recibido dos dosis de vacuna previamente), para poder proceder a su vacunación en el centro, solicitamos su autorización rellenando y firmando la hoja cuestionario inferior marcando la casilla de "SI. Autorizo la vacunación"

Tanto si autorizan como si no autorizan la vacunación, necesitamos que nos hagan llegar la hoja cuestionario a través del profesor/a del centro escolar.

En el caso de que autoricen la vacunación necesitamos que también hagan llegar a través del profesor/a, al mismo tiempo, la cartilla de Salud Infantil donde se anotará la vacunación.

Gracias por su colaboración.

Apellidos y nombre del alumno/a: Fecha de nacimiento:.....

Centro de enseñanza: Curso y aula:

Centro de salud o ambulatorio que le atiende:

¿Ha pasado varicela su hijo? NO SÍ

¿Es alérgico/a a algún medicamento o vacuna? NO SÍ A cuáles:

¿Es alérgico/a a la gelatina o neomicina? NO SÍ A cuáles:

¿Ha recibido en el último mes alguna vacuna? NO SÍ Contra qué:

¿Padece alguna inmunodeficiencia o enfermedad del sistema inmunitario? NO SÍ

¿Convive con alguna persona con inmunodeficiencia o enfermedad del sistema inmunitario?

NO SÍ Especificar:

¿Convive con alguna embarazada?

NO SÍ Especificar:.....

¿Padece actualmente fiebre superior a 38º, enfermedad aguda o crónica?

NO SÍ Cuáles:

¿Está tomando algún medicamento o recibe algún tratamiento médico de forma continuada?

NO SÍ Cuáles:

POR LA PRESENTE

SI. Autorizo la vacunación de varicela siempre y cuando el estado de salud del niño lo permita y no exista contraindicación.

SI. Autorizo la aplicación de una dosis de varicela porque ya ha recibido otra previamente, siempre y cuando el estado de salud del niño lo permita y no exista contraindicación.

NO. No autorizo la aplicación de la vacuna frente a varicela

..... a de de 2010

Firma del padre, madre o tutor/a:

Autorización 4º Educación Primaria