

VACUNACION DE DIFTERIA-TÉTANOS-TOS FERINA ACELULAR Y POLIOMIELITIS (1º EP)

HOJA DE AUTORIZACION-RECHAZO

Información sobre la vacunación:

A su hijo/a le corresponde la administración de una dosis de vacuna frente a difteria-tétanos-tosferina y poliomielitis según el Calendario Oficial de Vacunaciones a lo largo de toda la vida de Navarra.

La vacuna se administra por inyección intramuscular en la parte superior del brazo. Es la cuarta dosis frente a estas enfermedades que se le administra si ha seguido el calendario vacunal que le corresponde.

De forma general, es una vacuna segura y bien tolerada, sin contraindicaciones salvo en personas que hubieran presentado una reacción adversa grave en una dosis anterior.

En ocasiones pueden aparecer reacciones locales leves en el lugar de inyección (dolor, enrojecimiento) o molestias generales leves que desaparecen en unos de días.

Por prudencia médica, se debe poner en conocimiento del personal sanitario los antecedentes de alergias o reacciones graves a anteriores vacunas o medicamentos.

DATOS PERSONALES DEL NIÑO/NIÑA:

1er Apellido: Fecha de nacimiento:
 2º Apellido: CIPNA:
 Nombre: Teléfono de contacto:
 Centro de Salud/ Centro sanitario que le atiende:
 Centro escolar:
 Curso: Clase/Aula:

Conteste SI o NO:

¿Es alérgica a algún medicamento o vacuna? NO SÍ ¿A cuál?:
 ¿Ha recibido en el último mes alguna vacuna? NO SÍ ¿Cuál?:
 ¿Padece alguna inmunodeficiencia o enfermedad del sistema inmune?
 NO SÍ ¿Cuál?:
 ¿Padece actualmente alguna enfermedad aguda o crónica?
 NO SÍ ¿Cuál?:
 ¿Está tomando algún medicamento? NO SÍ ¿Cuál?:

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

1er Apellido: 2º Apellido:
 Nombre: Teléfono de contacto:

SÍ NO AUTORIZO

En caso de no autorización, especificar motivos:

OBSERVACIONES:

Fecha y firma:

....., a de..... de 202...

Sin cartilla de salud y autorización firmada no se podrá vacunar

VACUNACIÓN FRENTE AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (6º EP)

HOJA DE AUTORIZACION-RECHAZO

Información sobre la vacunación:

A su hijo/a le corresponde la administración de la vacuna frente al Virus del Papiloma Humano (VPH) según el Calendario Oficial de Vacunaciones a lo largo de toda la vida de Navarra que aporta protección duradera frente a lesiones precancerosas y cánceres que afectan al cuello de útero, vulva, vagina y ano, así como a verrugas genitales.

La vacuna se administra por inyección intramuscular en la parte superior del brazo. La pauta completa consta de 2 dosis en menores de 15 años. En el caso de iniciar la vacunación en mayores de 15 años, la pauta será de 3 dosis.

No hay evidencias científicas de que la vacuna VPH produzca efectos adversos graves. Es una vacuna por tanto segura y bien tolerada de forma general, no presentando contraindicaciones salvo las habituales en otras vacunas.

En ocasiones pueden aparecer reacciones locales leves en el lugar de inyección (dolor, enrojecimiento) o molestias generales leves que desaparecen en unos días. Asimismo, la aplicación de cualquier vacuna en adolescentes se ha asociado con una mayor frecuencia de síncope o desmayos respecto a la vacunación en niños o adultos.

Por prudencia médica, debe evitarse su administración durante el embarazo y poner en conocimiento del personal sanitario los antecedentes de alergias o reacciones graves a anteriores vacunas o medicamentos.

DATOS PERSONALES DEL NIÑO/NIÑA:

1er Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____
 2º Apellido: _____ CIPNA: _____
 Nombre: _____ Teléfono de contacto: _____
 Centro de Salud/ Centro sanitario que le atiende: _____
 Centro escolar: _____
 Curso: _____ Clase/Aula: _____

Conteste SI o NO:

¿Es alérgica a algún medicamento o vacuna? NO SÍ ¿A cuál?: _____
 ¿Ha recibido en el último mes alguna vacuna? NO SÍ ¿Cuál?: _____
 ¿Padece alguna inmunodeficiencia o enfermedad del sistema inmune?
 NO SÍ ¿Cuál?: _____
 ¿Padece actualmente alguna enfermedad aguda o crónica?
 NO SÍ ¿Cuál?: _____
 ¿Está tomando algún medicamento? NO SÍ ¿Cuál?: _____
 ¿Está embarazada? NO SÍ

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

1er Apellido: _____ 2º Apellido: _____
 Nombre: _____ Teléfono de contacto: _____

SÍ NO **AUTORIZO**

En caso de no autorización, especificar motivos:

OBSERVACIONES:

Fecha y firma:

..... a, de..... de 202...

VACUNACIÓN FRENTE A ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA DE LOS SEROGRUPOS A, C, W e Y (6º EP)

HOJA DE AUTORIZACION-RECHAZO

Información sobre la vacunación:

A su hijo/a le corresponde la administración de una dosis de vacuna frente a la enfermedad meningocócica de los serogrupos A, C, W e Y según el Calendario Oficial de Vacunaciones a lo largo de toda la vida en Navarra.

La vacuna frente a la enfermedad meningocócica de los serogrupos A, C, W e Y se administra por inyección intramuscular en la parte superior del brazo. Su hijo/a ha sido vacunado previamente frente a la enfermedad meningocócica causada por el serogrupo C, si ha seguido el calendario de vacunaciones que corresponde a su edad.

De forma general, es una vacuna segura y bien tolerada, que no tiene contraindicaciones, salvo en personas que hubieran presentado una reacción adversa grave con una dosis anterior.

En ocasiones pueden aparecer reacciones locales leves en el lugar de inyección (dolor, enrojecimiento) o molestias generales leves que desaparecen en unos días. Así mismo, la aplicación de cualquier vacuna en adolescentes se ha asociado con una mayor frecuencia de síncope o desmayos respecto a la vacunación en niños o adultos.

Por prudencia médica, debe evitarse su administración durante el embarazo, y poner en conocimiento del personal sanitario los antecedentes de alergias o reacciones graves a anteriores vacunas o medicamentos.

DATOS PERSONALES DEL NIÑO/NIÑA:

1er Apellido: Fecha de nacimiento:
 2º Apellido: CIPNA:
 Nombre: Teléfono de contacto:
 Centro de Salud/ Centro sanitario que le atiende:
 Centro escolar:
 Curso: Clase/Aula:

Conteste SI o NO:

¿Es alérgica a algún medicamento o vacuna? NO SÍ ¿A cuál?:
 ¿Ha recibido en el último mes alguna vacuna? NO SÍ ¿Cuál?:
 ¿Padece alguna inmunodeficiencia o enfermedad del sistema inmune?
 NO SÍ ¿Cuál?:
 ¿Padece actualmente alguna enfermedad aguda o crónica?
 NO SÍ ¿Cuál?:
 ¿Está tomando algún medicamento? NO SÍ ¿Cuál?:
 ¿Está embarazada? NO SÍ

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

1er Apellido: 2º Apellido:
 Nombre: Teléfono de contacto:

SÍ NO **AUTORIZO**

En caso de no autorización, especificar motivos:

OBSERVACIONES:

Fecha y firma:

..... a, de..... de 202...

VACUNACIÓN FRENTE A TÉTANOS-DIFTERIA DE TIPO ADULTO (2º ESO)

HOJA DE AUTORIZACION-RECHAZO

Información sobre la vacunación:

A su hijo/a le corresponde la administración de una dosis de vacuna frente a difteria-tétanos según el Calendario Oficial de Vacunaciones a lo largo de toda la vida en Navarra.

La vacuna se administra por inyección intramuscular en la parte superior del brazo. Es la quinta dosis frente a estas enfermedades que se le administra a su hijo/a si ha seguido el calendario de vacunaciones que le corresponde.

De forma general, es una vacuna segura y bien tolerada, sin contraindicaciones salvo en personas que hubieran tenido una reacción adversa grave en una dosis anterior. Así mismo, la aplicación de cualquier vacuna en adolescentes se ha asociado con una mayor frecuencia de síncope o desmayos respecto a la vacunación en niños o adultos.

En ocasiones pueden aparecer reacciones locales leves en el lugar de inyección (dolor, enrojecimiento) o molestias generales leves que desaparecen en unos días.

Por prudencia médica, se debe poner en conocimiento del personal sanitario los antecedentes de alergias o reacciones graves a anteriores vacunas o medicamentos.

DATOS PERSONALES DEL/LA ADOLESCENTE:

1er Apellido: Fecha de nacimiento:
 2º Apellido: CIPNA:
 Nombre: Teléfono de contacto:
 Centro de Salud/ Centro sanitario que le atiende:
 Centro escolar:
 Curso: Clase/Aula:

Conteste SI o NO:

¿Es alérgica a algún medicamento o vacuna? NO SÍ ¿A cuál?:
 ¿Ha recibido en el último mes alguna vacuna? NO SÍ ¿Cuál?:
 ¿Padece alguna inmunodeficiencia o enfermedad del sistema inmune?
 NO SÍ ¿Cuál?:
 ¿Padece actualmente alguna enfermedad aguda o crónica?
 NO SÍ ¿Cuál?:
 ¿Está tomando algún medicamento? NO SÍ ¿Cuál?:

DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

1er Apellido: 2º Apellido:
 Nombre: Teléfono de contacto:

SÍ NO **AUTORIZO**

En caso de no autorización, especificar motivos:

OBSERVACIONES:

Fecha y firma:

....., a de..... de 202...

REALIZACIÓN DE LA PRUEBA DE TUBERCULINA (2º ESO)

HOJA DE AUTORIZACION-RECHAZO

El Programa de Control de la Tuberculosis en Navarra recomienda realizar la prueba de la tuberculina a todos los adolescentes a los 14 años, a excepción de los que tengan una prueba previa positiva documentada. Se trata de una prueba diagnóstica que consiste en un pequeño pinchazo superficial en el antebrazo, cuyo resultado ha de ser leído entre 48 y 72 horas.

Si tiene constancia de una prueba de tuberculina previa positiva, le pedimos que nos lo indique, y en tal caso no será necesario repetirla. En el caso de que la prueba previa hubiese sido negativa **sí** está indicada la repetición de la misma.

Para dar su autorización, rellene y firme esta hoja.

Nombre del padre/madre/tutor: _____

Nombre del niño/a: _____

Autorizo a que se le realice a mi hijo/a una prueba de tuberculina.

SI NO

Fecha: _____

Firma: _____

EN CASO DE DAR LA AUTORIZACIÓN, COMPLETAR LOS SIGUIENTES DATOS

Médico de familia: _____

Centro de Salud/mutua: _____

Enfermedades actuales: _____

Fiebre de varios días Cansancio Tos con secreciones de semanas

Vacuna de tuberculosis (BCG): No/No sabe Sí Fecha vacunación: _____

Prueba de tuberculina: No/No sabe Sí Resultado: _____

Tratamiento con corticoides: No Sí _____

Antecedente de tuberculosis en la familia: No Sí

Tratamiento previo con Isoniacida (Cemidón®): No Sí

RESULTADOS DE LA PRUEBA (a cumplimentar por los servicios sanitarios)

Fecha ____/____/____ Induración: _____ mm.

Interpretación: Positivo Negativo

Radiología (en los positivos): _____

Recomendación: _____

Observaciones: _____