



Cancún, Quintana Roo a 23 de septiembre de 2025.

**Campaña de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano VPH  
Niños y Niñas 5° grado**

Estimados padres de familia, por medio de la presente les enviamos un cordial saludo y a su vez, les informamos que nos visitará personal del **Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS** para llevar a cabo la campaña de **vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH,2025)** para niños y niñas de **5° grado de primaria**, el día **miércoles 01 de octubre del presente año**, en la enfermería del colegio, en horario de **9:00 a.m. a 11:00 a.m.**

Los alumnos y alumnas que deseen se les aplique la vacuna deberán presentar: el **consentimiento llenado y firmado** (adjunto a continuación), copia de **CURP** y **cartilla de vacunación** de salud, a falta de alguno de ellos no se podrá aplicar la vacuna.

Sin más por el momento nos despedimos como siempre agradeciendo su atención y comprensión, quedando a sus órdenes.

**Atentamente**  
**Dirección Primaria**



Gobierno de  
**México**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS  
UNIDAD MEDICA No 16  
MEDICINA PREVENTIVA



*AJose*

FOLIO:240707252110/MP/30/CAM.VPH/2025.

Cancun, Qroo a 24 de Septiembre del 2025

APRECIBALE DIRECTOR (A)

ESCUELA PRIMARIA :CENTRO EDUCATIVO NATKAN

PRESENTE:

Por este conducto solicitamos su valiosa colaboración para la CAMPAÑA DE VACUNACION CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH, 2025 ) **“¡VACUNATE CONTRA EL VPH Y PROTEGE TU FUTURO! para niños y niñas del 5° grado de primaria,** que dio inicio el día 17 de septiembre para culminar el 18 de diciembre del 2025 y que por acuerdo del grupo de trabajo interinstitucional del Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA ) para la aplicación en ESCUELAS de gobierno y particulares quedando como unidosis al biológico que a continuación se describe:

La vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH) **NANOVALENTE** de la presentación de vacuna GARDASIN 9, una vacuna que protege contra 9 tipos de VPH: los de bajo riesgo 6 y 11 (que causan la mayoría de las verrugas genitales) y los de alto riesgo 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58 (que pueden causar cáncer de cuello uterino, vagina, vulva, ano y orofaringe)

Por tal motivo solicito el listado de alumnos con su CURP impreso que cursan el presente ciclo escolar de la institución que muy acertadamente dirige usted y de la manera amable e informarle a los padres de familia que el día de la visita concertada **deberán llevar la Cartilla de Salud y Citas médicas con su CURP** así mismo como facilitarnos el acceso a sus instalaciones para cumplir nuestro compromiso de reducir enfermedades prevenibles de vacunación.

Sin más por el momento agradezco la ocasión para enviarle un cordial saludo esperando la participación y respuesta favorable de los padres de familia, quedando como sus seguros servidores, el equipo de medicina PREVEIMSS de U.M.F. No 16

ATENTAMENTE

Dr. Ivan Farid Suayfeta Mendez  
Director de la UMF No 16

FECHA DE VISITA:

*Miércoles 1/OCT/2025. de 9am a 11:00.*

PROMOTORA DE SALUD LIC. DELIA MATOS P

CEL 9982354235

## Anexo 1. Consentimiento informado para la vacunación contra el VPH en escuelas primarias

Fecha \_\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa)

CURP: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_

### SEÑORES PADRES DE FAMILIA Y/O TUTORES:

Se les informa que a partir del mes de septiembre de 2025 se iniciará la aplicación de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH-9\*) a todas las niñas y niños que se encuentran cursando el quinto grado de primaria, así como aquellas niñas que en campañas previas no fueron vacunadas y que actualmente tienen entre 12 a 16 años de edad (sujeto a la disponibilidad); con la finalidad de prevenir la infección por el VPH. Es de mencionar que, esta vacuna tiene una efectividad estimada superior al 80 % contra cáncer de cuello uterino (cuello de la matriz), considerada la segunda causa de muerte en mujeres en México.

Adicionalmente, se les informa que, con una baja frecuencia, entre el primer y quinto día después de la aplicación de la vacuna, se podría presentar dolor, enrojecimiento e hinchazón ligero en el sitio de aplicación, dolor de cabeza, fatiga y malestar general. Síntomas que se resuelven de forma espontánea, sin embargo, de presentarse de manera persistente, se recomienda acudir a la unidad de salud más cercana a su domicilio para su evaluación y tratamiento de ser necesario.

Por lo anterior, se solicita su autorización para la aplicación de la vacuna.

SI ACEPTO

NO ACEPTO

**SI ACEPTA QUE SE LE APLIQUE LA VACUNA CONTRA EL VPH A SU HIJA (O), FAVOR DE LLENAR EL SIGUIENTE FORMULARIO:**

NOMBRE DE LA NIÑA O NIÑO \_\_\_\_\_ GRADO ESCOLAR \_\_\_\_\_

DERECHOHABIENCIA DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE (COLOCAR IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, MARINA, SSA o Servicios de Salud del IMSS BIENESTAR): \_\_\_\_\_

Otro (Especifique): \_\_\_\_\_

NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA \_\_\_\_\_

PARENTESCO (MADRE, PADRE O TUTOR) \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

\*En caso de aceptar, deberá presentar la Cartilla Nacional de Salud para el registro de la dosis aplicada, en caso de que no cuente con cartilla, se le proporcionará un comprobante de vacunación provisional.

\* Vacuna contra el VPH-9 (nonavalente). Protege contra los principales tipos del virus que provoca cáncer de cuello uterino.

