

AUTORIZACIÓN PARA PROCEDIMIENTOS DE SALUD PREVENTIVA

(A continuación, te informamos algunos procedimientos para velar por la salud de tu hijo (a) que necesitan tu aprobación)

CRECIENDO SANO	<ul style="list-style-type: none"> Se mide peso y talla para saber si tu hija(o) presenta las medidas de acuerdo a su edad, si tiene sobrepeso o si está desnutrido. Para pesarlo y medirlo se le retirará zapatos y medias y deberá tener el cabello suelto. SI () NO ()
VACUNAS Y REFUERZOS	<ul style="list-style-type: none"> Vacuna difteria, pertussis y tétano (DPT), difteria y tétano (DT), anti polio oral (APO), sarampión, paperas y rubéola (SPR) y anti amarílica (AMA) se aplica a menores de 5 años que les falta completar el calendario de vacunación. Vacuna sarampión y rubéola (SR) se aplica a niños (as) a partir de 5 años que no hayan recibido la SPR. Vacuna contra hepatitis B se aplica de acuerdo a su edad. Vacuna contra la influenza se aplica de acuerdo a su edad. Vacuna contra el virus del papiloma humano-VPH (estudiantes mujeres del 5to primaria y las que falta completar la segunda dosis). Se aplica la primera dosis de marzo a mayo y la segunda luego de seis meses. (Recuerda que es importante que se completen con las dos dosis de vacuna para proteger a su hija) SI () NO ()
SUPLEMENTACIÓN PARA MUJERES ADOLESCENTES	<ul style="list-style-type: none"> Se administra una tableta de ácido fólico y sulfato ferroso dos veces por semana durante tres meses continuos para luchar contra la anemia. No causa ningún riesgo para la salud. SI () NO ()
ANEMIA CERO	<ul style="list-style-type: none"> La medición de hemoglobina es con unas gotitas de sangre. No causa riesgo para la salud. SI () NO ()
OJOS SALUDABLES	<ul style="list-style-type: none"> Se evalúa con una cartilla de letras de distinto tamaño, colocada a 3 metros. Esto permite determinar la capacidad visual. Este procedimiento no causa ningún riesgo para la salud. SI () NO ()
DESPARASITACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Se administra un antiparasitario: mebendazol de 500 mg. (del 4º de primaria al 5º grado de secundaria) y mebendazol / albendazol en suspensión (de inicial al 3º grado de primaria). Se administra la primera dosis de marzo a mayo y la segunda a los seis meses. SI () NO ()
SALUD BUCAL	<ul style="list-style-type: none"> Se evalúa dientes y boca para determinar enfermedades. Este procedimiento no causa ningún riesgo para la salud. En caso hubiese caries, el tratamiento se realizará en el establecimiento de salud o cobertura pública en los colegios. SI () NO ()
SALUD MENTAL	<ul style="list-style-type: none"> Se realiza tamizajes de salud mental a población vulnerable o en riesgo para la detección de problemas sociales, emocionales y/o de comportamiento. En caso sea necesario se derivará al establecimiento de salud más cercano para la atención médica, psicológica o terapia familiar. No causa ningún riesgo para la salud. SI () NO ()

SEÑOR PADRE DE FAMILIA O APODERADO ES IMPORTANTE SU COLABORACIÓN PARA CUIDAR LA SALUD DE SU HIJO(A)
(La vacuna contra el VPH y la desparasitación se realiza en todas las IIEE previo consenso entre establecimiento de salud y colegio).

Yo: con DNI N°.....
Padre () Madre () Apoderado () del estudiante
.....con DNI N° de la institución
educativa del nivel inicial (),
primaria () secundaria () del grado..... sección....., turno mañana () tarde () declaro haber entendido
la información brindada sobre los procedimientos de evaluación preventiva que se realizará a mi menor hijo(a),
en tanto se realicen los procedimientos preventivos mencionados.

Observación: Colocar en el último espacio en blanco : apruebo, autorizo, acepto o consiento

Firma padre, madre o apoderado