

## Información y ofrecimiento de la vacuna contra el VPH

La vacuna contra el Papiloma Humano (VPH) para niñas fue introducida en el programa sueco de vacunación el 2010. A partir de Agosto del 2020 se ofrece la vacuna VPH a todos los menores, del 5:º grado. La infección del VPN puede generar cambios de células que a la larga conllevan al cáncer de cuello uterino, garganta, genitales y en el ano.

Para una eficacia total, la vacuna se administra dos veces con un intervalo de mínimo 6 meses. Si inicia la vacunación del VPH desde los 15 años necesitará tres dosis de la vacuna.

En este formulario puede indicar si su hijo/ hija debe vacunarse o no, marcando con una cruz las casillas que encontrará a continuación. Si no entrega su aprobación, su hijo / hija no podrá ser vacunado/a.

La constancia es válida para tres dosis. Antes de la vacunación, también le pedimos que a continuación, responda a las preguntas en la declaración de estado de salud. Háganos saber si las condiciones cambian de una y otra dosis. Si desea más información o tiene más preguntas comuníquese con la enfermera de su escuela.

**Vacunación contra el VPN Se entrega a la enfermera de la escuela a más tardar el**

-----  
**Nombre del menor                      Número personal de identidad    Clase**

- Sí, apruebo que mi hijo/hija sea vacunado/a
- No, no deseo que mi hijo/hija sea vacunado/a

**Declaración del estado de salud** (si respondió No a la vacunación, no necesita responder)

Tiene el menor / la menor

- |  |    |                          |    |                          |
|--|----|--------------------------|----|--------------------------|
| – una alergia severa? .....  | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| – ha tenido una reacción alérgica grave debido a una vacunación anterior? .. | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| – una enfermedad crónica grave? .....  | SI | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |

Si respondió que sí, deje información adicional en el reverso.

**Firmas Lugar: Fecha:**

-----  
**Firma del progenitor / titular de la patria potestad / Aclaración de firma                      Teléfono durante el día**

-----  
**Firma de los padres / titular de la patria potestad / Aclaración de firma    Teléfono durante el día**

Se firma por ambos en caso de patria potestad compartida.

De acuerdo con la Ley (2012:453) sobre el registro del programa nacional de vacunación, todas las vacunas dentro del programa de vacunación infantil se informan al registro nacional de vacunación. Lea más sobre el registro de vacunación en [www.folkhalsomyndigheten.se](http://www.folkhalsomyndigheten.se)

