INFORMACIÓN PARA PADRES, MADRES, CUIDADORES Y ACUDIENTES SOBRE LA JORNADA DE VACUNACIÓN "PONLE EL BRAZO A LA VACUNACIÓN"

Estimadas familias:

La vacunación es una de las medidas de salud pública más seguras, efectivas para prevenir enfermedades. Gracias a las vacunas, se han controlado, eliminado e incluso erradicado enfermedades que en el pasado causaban brotes, secuelas graves e incluso la muerte, especialmente en niños, niñas y adolescentes.

Además de proteger a quien recibe la vacuna, la inmunización contribuye a la protección de la familia, la comunidad y el entorno escolar. Mantener los esquemas de vacunación al día ayuda a disminuir el riesgo de transmisión de enfermedades prevenibles y fortalece el bienestar colectivo.

Con el fin de proteger la salud de nuestros estudiantes y fortalecer las coberturas de vacunación, se llevará a cabo la jornada de vacunación **"Ponle el brazo a la vacunación"** en esta institución educativa el(los) día(s) _____, en horario de **8:00 a.m. hasta finalizar la jornada**.

—Durante esta actividad, el personal de salud verificará el estado de vacunación de los estudiantes y aplicará, cuando corresponda, las vacunas incluidas en el Esquema Nacional de Vacunación vigente. Recordamos a las familias que todas las vacunas del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) son gratuitas y están disponibles en los puntos de vacunación habilitados en la ciudad. Para consultar el punto más cercano, podrán escanear el código QR dispuesto por la Secretaría Distrital de Salud:



Autorización para la vacunación

Si los padres, madres, cuidadores o acudientes **NO autorizan** la aplicación de vacunas durante la jornada institucional, deberán diligenciar y remitir el formato de no autorización adjunto antes de la fecha programada para la actividad, de lo contrario se entenderá que se autoriza la vacunación de su hijo o hija.

Para estudiantes menores de 13 años

En caso de no recibirse el formato de no autorización, se verificará previamente el estado vacunal del estudiante en los sistemas oficiales de información del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Si se identifica que tiene vacunas pendientes y no existe manifestación expresa de oposición por parte de sus padres o acudientes, se procederá de acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para la aplicación de las vacunas requeridas.

Para adolescentes de 14 años o más

De conformidad con la normatividad vigente y la Resolución 309 de 2025, los adolescentes podrán expresar de manera autónoma su decisión de aceptar o rechazar la vacunación, una vez hayan recibido información clara, suficiente y comprensible sobre sus beneficios, cuidados y alcance.

Agradecemos el compromiso de las familias con el cuidado de la salud y el bienestar de nuestros estudiantes y comunidad. La vacunación es una acción de protección individual y colectiva que contribuye a mantener entornos escolares más seguros y saludables para todos.

- **Vacunas para niños y niñas de 5 años**

Durante la jornada se aplicarán las vacunas correspondientes al refuerzo de los 5 años, las cuales brindan protección contra enfermedades como: Difteria, Tosferina y Tétanos (DPT), Poliomielitis, Varicela, e Influenza, cuando corresponda.

Estas vacunas son seguras y han sido evaluadas permanentemente por autoridades sanitarias nacionales e internacionales. Como cualquier medicamento o biológico, pueden presentarse algunos efectos secundarios leves y transitorios, tales como:

- Dolor, enrojecimiento o inflamación en el sitio de aplicación.
- Fiebre, leve.
- Malestar general.
- Irritabilidad o cansancio.

- **Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH)**

Asimismo, se aplicará la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) a niños, niñas y adolescentes entre los 9 y 17 años de edad, de acuerdo con los lineamientos vigentes del Ministerio de Salud y Protección Social. La vacuna contra el VPH es segura, eficaz y cuenta con amplia evidencia científica que respalda su uso en millones de personas alrededor del mundo. En Colombia se viene aplicando desde el año 2012 y ha contribuido significativamente a la prevención de diferentes tipos de cáncer asociados a este virus, entre ellos: Cuello uterino, pene, anal, vagina, vulva, garganta y orofaringe.

Por esta razón, la vacunación contra el VPH constituye una medida fundamental para la protección de la salud presente y futura de niños, niñas y adolescentes.

Cuidados generales posteriores a la vacunación:

- No aplicar sustancias, cremas, alcohol o remedios caseros en el sitio de aplicación.
- Evitar la automedicación.
- Acudir al servicio de urgencias en caso de presentar fiebre persistente o cualquier signo o síntoma que genere preocupación.

Agradecemos su compromiso con la protección de la salud de los niños, niñas y adolescentes. La vacunación salva vidas y constituye una de las medidas más efectivas para prevenir enfermedades y sus complicaciones.

Atentamente,

JULIA RUBIANO DE LA CRUZ
Secretaria de Educación

GERSON ORLANDO BERMONT GALAVIS
Firmado digitalmente por GERSON ORLANDO BERMONT GALAVIS
Fecha: 2026.06.17 14:51:08 -05'00'

GERSON ORLANDO BERMONT
Secretario de Salud

FORMATO DE NO AUTORIZACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE VACUNAS DURANTE LA JORNADA DE VACUNACIÓN ESCOLAR

Yo,_____, identificado(a) con documento de identidad No. _____, en calidad de padre, madre, acudiente o representante legal del menor de edad relacionado a continuación, manifiesto que he recibido información clara, suficiente y comprensible sobre los beneficios, indicaciones, posibles efectos secundarios asociados a la aplicación de las vacunas recomendadas.

Después de recibir la información correspondiente y de haber tenido la oportunidad de resolver mis inquietudes, de manera libre, voluntaria y consciente, decido **NO autorizar** la aplicación de las vacunas programadas durante la jornada de vacunación realizada en la institución educativa.

Declaro que entiendo que la no aplicación de las vacunas puede aumentar el riesgo de contraer enfermedades inmunoprevenibles, así como generar complicaciones para la salud individual y colectiva.

Igualmente, manifiesto que asumo la responsabilidad de gestionar el inicio, continuar o completar la vacunación de mi hijo o hija en cualquiera de los puntos de vacunación habilitados por la red de servicios de salud del Distrito.

Datos del menor

Nombre completo: _____

Tipo y número de documento: _____

Curso: _____

Institución educativa: _____

Datos del acudiente

Teléfono de contacto: _____

Firma: _____

Fecha: ____/ ____/ _____