

Programa Provincial de Inmunizaciones

Plan Escolar de Vacunación



San Juan
Gobierno

Ministerio de
Salud

AUTORIZACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE VACUNAS EN EL ÁMBITO ESCOLAR

En mi carácter de padre, madre o tutor/a del/de la alumno/a

DNI N.º _____

autorizo la aplicación de las vacunas obligatorias establecidas en el Calendario Nacional de Vacunación, conforme a lo dispuesto por la Ley N.º 27.491 y la Resolución N.º 13244-ME-2025 del Ministerio de Educación de la Provincia de San Juan, en el marco del Proyecto de Vacunación en la Población Escolarizada, a llevarse a cabo en este establecimiento educativo.

Declaro haber recibido información sobre las vacunas indicadas según grupo etario, comprender los beneficios de la vacunación tanto a nivel individual como colectivo, y tener conocimiento de que la aplicación es gratuita, obligatoria y no requiere orden médica, de acuerdo con la normativa vigente.

Vacunas incluidas según edad:

• **Ingreso escolar (4/5 años):**

Triple Viral (SRP), Triple Bacteriana Celular (DTP), IPV (Poliomielitis), Varicela.

• **Preadolescencia (10/11 años):**

VPH (niñas y varones), Triple Bacteriana Acelular, Meningococo.

Este operativo será coordinado por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, realizándose en los días y horarios oportunamente informados, de acuerdo con la normativa mencionada y en cumplimiento de la Resolución CFE N.º 499/25, que reafirma la vacunación escolar como política pública prioritaria.

Manifiesto comprender que la vacunación protege a mi hijo/a y a la comunidad escolar en su conjunto, previene brotes y complicaciones de enfermedades graves, y constituye un compromiso con la salud pública.

Por lo expuesto, solicito y autorizo la aplicación de las vacunas que correspondan a la edad de mi hijo/a en el mencionado establecimiento educativo, en el marco de las campañas oficiales.

Firma: _____

Fecha: _____ / _____ / 2025

Nombre y Apellido: _____

DNI: _____

Teléfono de contacto: _____

