

## ANEXO I.

### VACUNACIONES DE DIFTERIA-TÉTANOS-TOS FERINA acelular

Centro de salud de .....

Estimados padres y madres:

El Calendario Oficial de Vacunaciones de Navarra incluye la vacunación de Difteria-Tétanos-Tos ferina acelular a todos los escolares de 6 años (1º de Educación Primaria).

[http://www.navarra.es/home\\_es/Actualidad/BON/Boletines/2010/16/Anuncio-4](http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/BON/Boletines/2010/16/Anuncio-4)/La vacunación se efectuará en los propios centros de enseñanza. Por ello, solicitamos su autorización rellenando esta hoja-cuestionario que les rogamos nos hagan llegar a través del profesor/a, junto con la CARTILLA DE SALUD INFANTIL Y OTROS CERTIFICADOS DE VACUNACIÓN. En caso contrario, les rogamos nos comuniquen su negativa por escrito con este mismo cuestionario.

Gracias por su colaboración.

Apellidos y nombre del alumno/a: ..... Fecha de nacimiento .....

Centro de enseñanza: ..... Curso y aula: .....

Centro de salud o ambulatorio que le atiende: .....

¿Es alérgico/a a algún medicamento o vacuna?  NO  SÍ A cuáles: .....

¿Ha recibido en el último mes alguna vacuna?  NO  SÍ Contra qué: .....

¿Padece actualmente fiebre superior a 38°, enfermedad aguda o crónica?  NO  SÍ

Cuáles: .....

¿Está tomando algún medicamento o recibe algún tratamiento médico de forma continuada?

NO  SÍ Cuáles: .....

POR LA PRESENTE

- Difteria Tétanos y Tos ferina acelular, siempre y cuando lo permita el estado de Salud del niño/a.
- No autorizo la vacunación de Difteria Tétanos y Tos ferina acelular
- No autorizo la vacunación de Difteria Tétanos y Tos ferina acelular porque ha sido recientemente vacunado en el centro de salud.

.....a,..... de..... de 2010

Firma del padre, madre o tutor/a:

OBSERVACIONES:

Autorización 1º de Educación Primaria