

## ANEXO IV.

### VACUNACIÓN FRENTE A TÉTANOS-DIFTERIA DE TIPO ADULTO

Centro de salud de .....

Estimados padres y madres:

El Calendario Oficial de Vacunaciones de Navarra incluye la vacunación frente a Tétanos-difteria de tipo adulto a todos los escolares de 14 años (2º de ESO).

[http://www.navarra.es/home\\_es/Actualidad/BON/Boletines/2010/16/Anuncio-4/La](http://www.navarra.es/home_es/Actualidad/BON/Boletines/2010/16/Anuncio-4/La)

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 alguna inmunodeficiencia o enfermedad del sistema inmunitario?  NO  SÍ

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

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

NO  SÍ Cuáles: .....

POR LA PRESENTE

Autorizo la vacunación de Tétanos-difteria de tipo adulto, siempre y cuando lo permita el estado de Salud del niño/a.

No autorizo la vacunación de Triple Tétanos-difteria de tipo adulto

.....a,..... de..... de2010.

Firma del padre, madre o tutor/a:

OBSERVACIONES:

Autorización 2º de ESO