



Informativo de Vacunación Antinfluenza 2024 a los(as) apoderados(as) de salas cunas, jardines infantiles y colegios

Santiago, 25 abril 2024

Estimados Padres, Madres y/o apoderados(as):

Junto con saludar informo a usted, que se inició la vacunación influenza correspondiente al año 2024. Esta es una medida instruida por la autoridad de Salud Pública y su aplicación es de carácter **obligatoria** por lo que **no requiere la autorización por medio de consentimiento informado** de los Padres, Madres y/o apoderados(as), en conformidad como lo establecido en el artículo 32° del Código Sanitario y los Decretos Exentos N°6 de 2010, que Dispone la Vacunación Obligatoria contra Enfermedades Inmunoprevenibles de la Población del país.

La Influenza es una enfermedad contagiosa causada por un virus y que se transmiten desde una persona enferma al toser, estornudar o mediante las secreciones nasales. Es responsable de severas infecciones, especialmente respiratorias, que pueden causar complicaciones de gravedad. Además, esta enfermedad puede conducir a complicaciones severas, como neumonías por diversos agentes y empeorar problemas de salud ya existentes. En los niños puede causar dificultad respiratoria, diarrea y convulsiones.

La vacunación en los establecimientos educacionales, salas cunas y jardines infantiles: está dirigida para aquellos(as) niños(as) que tengan entre 6 meses hasta escolares de 5 básico.

IMPORTANTE

SI EL(LA) NIÑO(A) PRESENTA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES, DEBE CONSULTAR A SU MEDICO Y SOLICITAR AUTORIZACION POR ESCRITO ANTES DE VACUNAR:

- 1) Reacciones alérgicas al huevo o a algún componente de la vacuna (Neomicina, formaldehído, octocinol 9)
- 2) Historia de Guillain Barré a dosis previas de la influenza
- 3) Niños(as) con terapias inmunosupresoras (corticoides en dosis altas)
- 4) Fiebre (**temperatura mayor a 38.5° axilar**)

Posibles reacciones después de la vacunación:

LEVES: Dolor, aumento de volumen, temperatura y enrojecimiento en el sitio de punción. En ocasiones: disfonía, enrojecimiento y picazón de ojos. Fiebre y dolores musculares. Consulte con su médico si los síntomas persisten o aumentan por más de 3 días.

GRAVES: Dificultad respiratoria. Alergia cutánea (ronchas en el cuerpo), en este caso consultar en el servicio de urgencia.

Las molestias postvacunación se alivian poniendo paños fríos en el sitio de punción, bebiendo bastante líquido y tomar analgésico indicado por médico, en caso de fiebre (temperatura sobre 38°C)



Ante cualquier reacción adversa o duda inmunización, el(la) apoderado(a), madre o padre y pupilo y/o hijo, pueden acudir a nuestro Vacunatorio perteneciente al CESFAM Maipú, ubicado en Av. Pajaritos 2470, Maipú. Horario de atención de lunes a jueves de 8:30 a 15:30 hrs. y viernes de 8:30 a 11:30 hrs.

Alumno(a) inasistente el día de la vacunación

En el caso que el niño(a) se encuentre inasistente el día de la vacunación el (la) apoderado(a), madre o padre debe acudir con su pupilo y/o hijo a nuestro Vacunatorio pertenecientes al CESFAM Maipú, ubicado en Av. Pajaritos 2470, Maipú. Horario de atención de lunes a jueves de 8:30 a 15:30 hrs. y viernes de 8:30 a 11:30 hrs. Fono de contacto: 22 612 83 60. O a cualquier Vacunatorio del País.

Rechazos de la vacuna:

Si usted no autoriza la vacunación de su hijo o pupilo, debe llenar el formulario **de rechazo de vacunación**. Este indica que las vacunas son Obligatorias por el Decreto fuerza de Ley Nº 725 del Código Sanitario, por lo que el Centro de Salud tiene la facultad de hacer uso de la vía judicial con **motivo de proteger al niño o niña** en su cuidado legal.

En ausencia del registro de respaldo de rechazo firmado por el (la) apoderado(a), madre o padre del alumno(a), se asumirá que no existen contraindicaciones ni otros impedimentos para administrar la vacunación, por lo cual se procederá a vacunar a él(la) niño(a).

No se aceptarán rechazos en documentos simples o libretas de comunicaciones por la legalidad del proceso de vacunación que este conlleva.

El formulario de rechazo se anexa en correo a los Directores de los establecimientos o puede solicitarlo directamente en su CESFAM.

Fecha de vacunación:

La fecha de vacunación será informada a la Dirección del establecimiento educacional, quienes se responsabilizan de informales a ustedes.

Para su tranquilidad, el equipo de salud permanece en establecimiento educacional al menos 30 minutos posterior a la vacuna.

El día de la vacunación en el establecimiento solo se administrará vacuna contra la influenza.

Dudas y consultas con respecto a la vacunación Influenza solicitarla al teléfono de salud responde 600 360 7777 u OIRS del CESFAM 22 612 83 00.

Katherine Toro
Henriquez
13.276.242-2
Directora(S) CESFAM Maipú

Katherine Toro
Directora CESFAM Maipú

Verónica Maldonado Fías
Enfermera
Rut: 14.406.641-3

Verónica Maldonado
Vacunación Influenza extramuro

REGISTRO DE RESPALDO A RECHAZO DE VACUNACIÓN

Con fecha _____ y mediante la presente, Yo _____

RUN _____ padre/madre o representante legal de _____
con domicilio _____, correspondiente al territorio a cargo
del Centro de Salud _____, por propia voluntad rechazo las vacunas:

VACUNAS QUE PROTEGEN CONTRA (Marque con una X)		INDIQUE LA DOSIS
<input type="checkbox"/>	Influenza	
<input type="checkbox"/>	Hepatitis B	
<input type="checkbox"/>	Meningococo	
<input type="checkbox"/>	Hepatitis A	
<input type="checkbox"/>	SRP	
<input type="checkbox"/>	Neumococo	
<input type="checkbox"/>	Otra:	

A la vez declaro haber sido informado/a previamente acerca de los riesgos que asume la persona bajo mi cuidado al no ser vacunado/a (hospitalización, implicaciones y/o muerte causada por la enfermedad correspondiente). He sido informado/a además acerca del riesgo de contagio al que expongo a las personas que sean su contacto y aseguro haber sido informado/a de que la Autoridad puede establecer la vacunación obligatoria conforme al Código Sanitario aprobado por el Decreto con fuerza de Ley N° 725 de 1967 del Ministerio de Salud son Obligatorias por el Decreto fuerza de Ley N°725 del Código Sanitario, por lo que el Centro de Salud tiene la facultad de hacer uso de la vía judicial con motivo de proteger a mi representado/a y al resto de la población.

MOTIVO DEL RECHAZO:

Adjuntar Certificado Médico con datos completos del paciente si el motivo es médico.

Padre/Madre o Representante Legal
RUN y firma

Funcionario de Salud
Equipo de vacunación
RUN y firma