



"Año del Buen Servicio del Ciudadano"

San Martín de Porres

03 MAR. 2017

**OFICIO MULTIPLE N° 078 2017-MINEDU/UGEL 02-ASGESE**

Señor  
 Director (a) Institución Educativa .....  
**Presente. -**

**Asunto : Intervención de Actividades de Salud Escolar en IIEE.**  
 REF. : Convenio Marco de Cooperación Técnica El Ministerio de Educación y El Ministerio de Salud.

Por el presente me dirijo a usted, para saludarle cordialmente y a la vez manifestarle que, en el marco del Convenio de Cooperación Técnica, que celebran de una parte el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud, promueve la intervención de actividades de promoción y protección articulando la atención prioritaria en la población escolar, de la jurisdicción de la UGEL02.

La Red de Salud, las Micro Redes, Establecimientos de Salud y la Unidad de Gestión Educativa Local N° 02, han elaborado en forma conjunta el cronograma de actividades para el presente año.

En esta línea, los Directores de IIEE. Públicas y privadas facilitarán la intervención de los Profesionales de la Salud, articulando los diferentes programas, proyectos y actividades en el que se especifica la periodicidad y logros que se obtendrán en cada actividad.

En tal sentido, se solicita brindar apoyo a los Profesionales de la Salud de la Jurisdicción de la UGEL 02, ingresaran a la institución educativa previa identificación portando siempre un distintivo de identificación y en el horario establecido (se adjunta cronograma de actividades Anexo 01).

Seguro de contar con su comprensión, aprovecho la oportunidad para expresarle las muestras de mi especial. consideración y estima personal.

Atentamente,



*[Handwritten signature]*

**Lic. DORIS MARTHA MELGAREJO HERRERA**  
 Directora de la Unidad de Gestión Educativa Local 02  
 Rimac



**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PREVENTIVO PROMOCIONALES EN SALUD ESCOLAR**

| ACTIVIDADES/MESES   | MARZO | ABRIL | MAYO | JUNIO | JULIO | AGOSTO | SEPTIEMBRE | OCTUBRE | NOVIEMBRE | DICIEMBRE |
|---|-------|-------|------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|
| <b>ESTRATEGIA DE INMUNIZACIONES</b>                               |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |
| CONSENTIMIENTO INFORMADO  | X     |       |      |       |       |        |            |         |           |           |
| VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)              | X     |       |      |       |       |        |            | X       |           |           |
| LAVADO DE MANOS   | X     | X     | X    | X     | X     | X      | X          | X       | X         |           |
| INMUNIZACIONES DPT REFUERZO (MENORES DE 5 AÑOS INICIAL)           | X     | X     |      |       |       |        |            | X       |           |           |
| VACUNA DT- PRIMARIA 10 A 11 AÑOS (PRIMARIA -SECUNDARIA)           | X     |       |      |       |       |        |            |         |           |           |
| VACUNA Hvb (7 A 11 AÑOS)  | X     |       |      |       |       |        |            |         |           |           |
| <b>ESTRATEGIA SANITARIA DE ALIMENTACION Y NUTRICION SALUDABLE</b> |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |
| LONCHERAS Y QUIOSKOS SALUDABLES                                   |       | X     |      |       |       |        |            | X       |           |           |
| MANIPULADORES DE QUIOSKOS   |       | X     |      |       |       |        |            |         |           |           |
| DIA MUNDIAL DE LA ALIMENTACION                                    |       |       |      |       |       |        |            | X       |           |           |
| DOSAJE DE HEMOGLOBINA PARA LA DETECCION DE ANEMIA                 |       |       | X    |       |       |        |            |         |           |           |
| SUPLEMENTACION CON SULFATO FERROSO                                |       |       | X    |       |       |        |            |         |           |           |
| <b>ESTRATEGIA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA</b>                     |       |       |      |       |       |        |            |         |           |           |
| CHARLAS EDUCATIVAS SOBRE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO DEL ADOLESCENTE  |       |       |      |       |       |        | X          |         |           |           |
| CHARLAS EDUCATIVAS SOBRE PLANIFICACION FAMILIAR                   |       |       |      |       |       | X      |            |         |           |           |



|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CAPACITACION A DOCENTES EN MATERNIDAD SALUDABLE Y SEGURA   |   |   |   | X |   |   |   |   |   |   |
| <b>ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ITS -VIH</b>  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| SESION EDUCATIVA SOBRE VIH/SIDA  |   |   |   |   |   |   |   | X |   |   |
| SESION EDUCATIVA SOBRE PRUEBA RAPIDA DE VIH/SIDA   |   |   |   | X |   |   |   |   |   |   |
| CONSEJERIA A ADOLESCENTES SOBRE ITS-VIH/SIDA   | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| TBC - SESIONES EDUCATIVAS  | X | X |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>SALUD OCULAR</b>  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| CONFIRMACION DIAGNOSTICA DE ERRORES REFRACTARIOS Y MEDICION DE LA AGUDEZA VISUAL EN ESTUDIANTES SELECCIONADOS EN EL TAMIZAJE |   |   | X | X | X | X |   |   |   |   |
| <b>SALUD BUCAL</b>   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| RESTAURACIONES DENTALES CON IONOMETRO DE VIDRIO  |   | X | X | X | X | X |   |   |   |   |
| RESTAURACIONES DENTALES CON RESINA   |   |   |   | X | X | X | X | X |   |   |
| <b>SANEAMIENTO AMBIENTAL</b>   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| KIOSKOS ESCOLARES SALUDABLES   |   | X | X |   |   |   |   |   |   |   |
| DESAYUNO CALIWARMA   |   | X | X | X | X | X | X |   |   |   |
| MONITORIO EC INDICE AEDYCO   |   | X | X |   |   |   |   |   |   |   |





## CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PADRE, MADRE, O TUTOR, AUTORIZANDO A SU MENOR HIJA PARA VACUNARSE CONTRA EL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO (VPH)

Esta vacuna forma parte del Esquema Nacional de Vacunación del Ministerio de Salud.

Se ofrece de forma gratuita a las niñas del 5to grado de educación primaria de Instituciones Educativas públicas y privadas en todo el país.

### BENEFICIOS:

- ❖ Esta vacuna previene la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) responsable del cáncer de cuello uterino, verrugas genitales y otros tipos de cáncer frecuentes en regiones genitales.
- ❖ Para gozar de la protección de la vacuna, es necesario que la niña reciba las 2 dosis de vacuna: La 1<sup>ra</sup> dosis al primer contacto del vacunador con la niña y la 2<sup>da</sup> dosis 6 meses después de la primera dosis.

### LA VACUNA:

- ❖ Es muy segura
- ❖ Previene el cáncer de cuello de útero, pero no cura el cáncer.

### POSIBLES REACCIONES DESPUÉS DE LA VACUNACIÓN:

**La reacción más frecuente es en el sitio de inyección puede ser:** Dolor, enrojecimiento e hinchazón en el lugar de vacunación. Desaparece (sin tratamiento médico) dentro de las 48 horas.

Otras reacciones poco frecuentes son: dolor de cabeza, fatiga, fiebre, náuseas, que desaparecen en las siguientes 48 horas. Si persisten, buscar atención en los establecimientos de salud.

### Reacciones menos frecuentes no asociadas a la vacuna pero reportadas:

- ❖ Desmayo: Esta reacción puede producirse por temor o miedo y no por la vacuna propiamente. Para evitar esta reacción se recomienda administrar la vacuna a la niña sentada y permanecer así en observación 15 minutos después de la administración de la vacuna.
- ❖ Reacciones alérgicas: Ronchas o picazón que pasan rápidamente. Si persisten, buscar atención en el establecimiento de salud.

### DECLARACIÓN:

Yo....., identificado con DNI N°: .....  
Padre, madre, tutor o representante legal de la niña ..... identificada con el  
DNI N° ..... alumna del aula ..... de la Institución  
Educativa..... Dejo constancia de haber sido informado(a) sobre los beneficios,  
seguridad y posibles reacciones a la administración de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano. Por lo tanto  
autorizo al Personal de Salud a vacunar a mi menor hija por voluntad propia y me comprometo a completar las 2 dosis  
que son necesarias para su protección contra el cáncer de cuello uterino.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre o apoderado

Lima,..... de.....201...

NOTA: Devolver la hoja firmada