



EJERCITO ECUATORIANO

UNIDAD	UNIDAD EDUCATIVA DE FUERZAS ARMADAS COLEGIO MILITAR NO. 1 "ELOY ALFARO"	CÓDIGO	G.C.S.
NOMBRE	CIRCULAR ESQUEMA DE VACUNA		

022-2026-2027

Estimado señor padre de familia/representante:

Por medio de la presente y con el atento saludo, este rectorado comunica a los padres de familia/representantes de los cadetes de los diferentes niveles, que el Policlínico de la Institución en coordinación con el Ministerio de Salud, ejecutará la campaña de vacunación, la misma que se llevará a cabo los días martes 13 y miércoles 14 de octubre de 2026. La jornada se desarrollará de 08h00 a 13h00.

De acuerdo con la información proporcionada por el Centro de Salud, durante la jornada se aplicarán las vacunas correspondientes según la edad y el esquema de vacunación de cada estudiante:

Esquema temprano:

-) 5 años hasta 5 años, 11 meses y 29 días: vacuna antipoliomielítica oral bivalente (bOPV) y DPT (difteria, tos ferina y tétanos). La segunda dosis de varicela se aplicará únicamente a los estudiantes de 5 años hasta 5 años, 11 meses y 29 días.
-) 9 años hasta 9 años, 11 meses y 29 días: vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH).
-) 15 años: vacuna dT.

Esquema tardío:

-) En caso de que los estudiantes de 3 y 4 años tengan pendientes las vacunas contra la fiebre amarilla, varicela, los refuerzos de bOPV o la vacuna hexavalente, estas serán administradas según corresponda.
-) A los estudiantes de 6 años hasta 6 años, 11 meses y 29 días que no hayan recibido las vacunas bOPV y hexavalente a los 5 años, se les administrarán los refuerzos correspondientes.

La jornada contempla la vacunación de los estudiantes de las edades indicadas, así como la revisión y actualización de los esquemas de vacunación pendientes, según corresponda y previa presentación de la **copia del carnet de vacunas** y de la **autorización firmada por los representantes legales**.



Agradezco de antemano su valiosa colaboración y predisposición para que esta actividad se desarrolle de manera organizada y podamos beneficiar a nuestra comunidad educativa.

DMQ, junio 12 de 2026

Dios, Patria y Libertad,

Rodolfo P. Valencia F.
Crnl. de EMC.

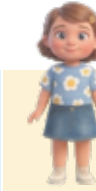
Rector de la U.E. FF.AA Colegio Militar No. 1 "Eloy Alfaro"

Elaborado por: RR.PP.



CALENDARIO DE VACUNACIÓN REGULAR EN EL CICLO DE VIDA

Vacunación frente a:

	 Prenatal	 0 meses	 2 meses	 4 meses	 6 meses	 12 meses	 15 meses	 18 meses	 5 años	 9 años	 15 años	 18-64 años	 ≥ 65 años
Difteria y Tétanos ¹	dT										dT	 Viajeros  Personal de salud  Enfermedades Crónicas  Adultos Mayores  Grupos de Riesgo La vacunación en adultos se define según antecedente vacunal, riesgo y condición de salud.	
Hepatitis B ¹	HB	HB ₀											
Tétanos, Difteria y Tosferina (Acelular) ²	Tdap												
*Virus Sincitial Respiratorio ⁶	VSR												
Meningitis Tuberculosa y Tuberculosis Miliar		BCG											
Enfermedad Diarréica Aguda por Rotavirus ⁵			Rotavirus 1 ^{ra} Dosis	Rotavirus 2 ^{da} Dosis									
Difteria, Tétanos, Pertussis, Hepatitis B, Haemophilus Influenza Tipo B, Poliomiélitis 1, 2 y 3			Hexavalente Celular 1 ^{ra} Dosis	Hexavalente Celular 2 ^{da} Dosis	Hexavalente Celular 3 ^{ra} Dosis			Hexavalente Celular 1 ^{er} Refuerzo					
Poliomiélitis 1 y 3					bOPV oral 3 ^{ra} Dosis			bOPV oral 1 ^{er} Refuerzo	bOPV oral 2 ^{do} Refuerzo				
Neumococo 13 ⁵			Neumococo13 1 ^{ra} Dosis	Neumococo13 2 ^{da} Dosis	Neumococo13 3 ^{ra} Dosis								
Sarampión, Rubéola, Parotiditis						SRP 1 ^{ra} Dosis		SRP 2 ^{da} Dosis					
Fiebre amarilla						FA							
Varicela							Varicela 1 ^{ra} Dosis		Varicela 2 ^{da} Dosis				
Tétanos, Difteria y Tosferina (Células Completas)									DPT 2 ^{da} Refuerzo				
Virus del Papiloma Humano										HPV			
Influenza	Influenza				Influenza								
COVID 19	COVID 19				COVID 19								

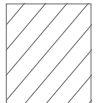
Importante

- Para la administración de vacuna **dT** (5 dosis) y **Hepatitis B** (3 dosis), es importante revisar el antecedente vacunal de la gestante, por tanto, se deberá iniciar, completar o finalizar esquemas, según corresponda.
- La vacuna **Tdap** está dirigida para todas las embarazadas desde la semana 20 de gestación, hasta el momento del parto (una dosis por cada embarazo).
- BCG dosis única** se administrará hasta los 11 meses 29 días, en el caso de que no se logre colocar dentro de las primeras 24 horas.
- Rotavirus** se debe colocar primera dosis hasta los 3 meses 29 días, la segunda dosis podrá colocarse hasta los 7 meses 29 días.
- Neumococo** se debe colocar hasta máximo 11 meses, 29 días.
- Virus Sincitial Respiratorio** se administrará desde la semana 28 de gestación.

Nota

GRUPOS DE RIESGO: HB, FA, dT y SR.

VIAJEROS: FA y SR.

 A partir de los 6 meses se podrá vacunar durante las campañas anuales.



Ministerio de Salud Pública

AUTORIZACIÓN PARA APLICACIÓN DEL ESQUEMA DE VACUNACIÓN EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS

Fecha: (día/mes/año) : / /

DATOS INSTITUCIÓN EDUCATIVA:

Nombre de la institución educativa :
Código AMIE :
Tipo de institución educativa : Fiscal _____ Ficomisional _____ Municipal _____ Particular _____

DATOS DEL ESTUDIANTE:

Nombre del estudiante :
(apellido paterno, materno y nombres)
Cédula de identidad :
Fecha de nacimiento : Edad:
(día/mes/año)

VACUNACIÓN ESCOLAR

Las vacunas son fundamentales para cuidar la salud de cada niño/niña/adolescente y de toda la comunidad. Ayudan a protegerlos de enfermedades peligrosas, discapacidades, ya que fortalecen sus defensas. Gracias a las vacunas, se salvan vidas y se mantienen bajo control enfermedades que antes eran comunes e incluso mortales.

Esquema temprano

- 5 años: Polio Oral Bivalente (bOPV)y DPT (Difteria, tos ferina y tétanos), Varicela 2da dosis
- 9 años: Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (HPV)
- 15 años: Vacuna dT (Difteria y Tétanos)

Incluye la vacunación de esquemas tardíos, campañas vigentes y respuesta a brotes de enfermedades prevenibles por vacunación. Para más información, visitar la página oficial del Ministerio de Salud Pública.

AUTORIZACIÓN DE APLICACIÓN DE ESQUEMA DE VACUNACIÓN SEGÚN EDAD

Yo, _____ (nombre y apellido del representante), con número de cédula _____ (número), en calidad de representante legal de mi representado:

Marque una opción:

☐ **AUTORIZO** la aplicación del esquema de vacunación según la edad de mi representado y las vacunas correspondientes a campañas vigentes y brotes de enfermedades prevenibles por vacunación.

☐ **NO AUTORIZO** la aplicación del esquema de vacunación según la edad de mi representado y las vacunas correspondientes a campañas vigentes y brotes de enfermedades prevenibles por vacunación.

Motivo de NO AUTORIZACIÓN (marque una opción):

- ☐ El menor ya cuenta con las vacunas según edad (adjuntar copia del certificado o carné).
- ☐ No deseo que reciba la vacuna.
- ☐ Motivo de salud (especificar): _____
- ☐ Otros (especificar): _____

Firma padre de familia o representante legal (o huella digital): _____

Nombres y apellidos padre de familia o representante legal _____ (nombre y apellido del representante)

Nota: esta autorización será firmada una sola vez por año lectivo.