



COMUNICADO

La Unidad Educativa de FFAA Colegio Militar N.º 10 "Abdón Calderón" comunica a la comunidad educativa sede La Recoleta que, mediante el oficio Nro. MSP-CZ9-CS-PANECILLO-2026-001, el Centro de Salud Tipo A "El Panecillo" ha solicitado la coordinación interinstitucional para llevar a cabo la **Campaña de Inmunizaciones** correspondiente al año lectivo 2026-2027, dando estricto cumplimiento a los lineamientos del esquema nacional de vacunación.

Para garantizar el éxito, el orden y la cobertura integral de este proceso de salud preventiva, se detallan los siguientes requerimientos y disposiciones:

1. Verificación del estado vacunal:

La institución educativa facilitará al personal de salud el listado de los estudiantes junto con sus números de cédula de ciudadanía o identidad, con el fin de realizar la verificación del historial de vacunación en el sistema oficial del MSP.

2. Autorización y consentimiento de los padres de familia:

Se solicita el total respaldo de los padres, madres de familia o tutores legales, asegurando la entrega oportuna del **consentimiento informado debidamente firmado**, requisito indispensable para que los cadetes puedan recibir las dosis correspondientes según su edad. (ANEXO A) Esta autorización será firmada una sola vez por año lectivo.

3. Cumplimiento del cronograma institucional:

El personal del Centro de Salud "El Panecillo" cuenta con un cronograma previamente establecido para las coberturas en el sector, por lo que se enfatiza la importancia de cumplir con las autorizaciones a tiempo, ya que resulta complejo programar reintervenciones o fechas adicionales fuera del calendario previsto.

Agradecemos de antemano la apertura, el compromiso y la colaboración de los señores padres de familia para velar por la salud, el bienestar y la integridad de toda nuestra comunidad estudiantil.

Quito DM a, 08 de octubre de 2026.

Atentamente,

CRNL EMC JOSÉ G. MOREANO SANTILLAN
RECTOR

SSAA/LSEK





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 _____ Fiscomisional _____ Municipal _____ Particular _____

DATOS DEL ESTUDIANTE:

Nombre del estudiante : _____

(apellido paterno, materno y nombres)

Fecha de nacimiento : _____ Edad: _____

(día/mes/año)

ESQUEMA DE VACUNACIÓN – SEGÚN EDAD

Niños y niñas 5 años: Polio Oral Bivalente (bOPV)y DPT

Niños y niñas 9 años: Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (HPV).

Adolescentes 15 años: Vacuna dT (Difteria y Tétanos) y se incluye la vacunación de campañas vigentes del Ministerio de Salud Pública y respuesta a brotes en las que incluye la vacunación de: Sarampión, Fiebre amarilla, Influenza, COVID-19.

Influenza: para toda la población.

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 _____ (nombre y apellido del estudiante), con número de cédula _____

(número), **AUTORIZO** la aplicación del esquema de vacunación según edad de mi representado y las campañas de vacunación vigentes establecidas por el Ministerio de Salud Pública.

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: por favor ayudarnos enviando el carnet para poder revisar y actualizar las vacunas del ministerio de salud publica o particulares.

NO 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 _____ (nombre y apellido del estudiante), con número de cédula _____ (número), **NO AUTORIZÓ** la aplicación del esquema de vacunación según edad de mi representado y las campañas de vacunación vigentes establecidas por el Ministerio de Salud Pública.



Motivo (marque una opción):

☐ El menor ya cuenta con las vacunas según edad.

☐ 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.