



Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion
Gesundheitsamt
Kantonsärztlicher Dienst

Dirección de Salud, Social e Integración
Departamento de salud
Servicio Médico Cantonal

Consentimiento de vacunación

Para más información sobre las distintas vacunas consulte el documento «Vacunas recomendadas» del Cantón de Berna.

Los gastos de las vacunas indicadas, recomendadas por la Oficina Federal de Salud Pública, están cubiertos por el seguro médico (menos el 10% de franquicia, excepto el programa de vacunación contra el VPH: sin franquicia).

El médico o la médica escolar comprobará la cartilla de vacunación de su hijo con motivo del examen médico escolar. Si fuera necesario poner alguna vacuna en particular, el médico o la médica escolar podrá vacunar

a su hijo, **previo consentimiento de los padres**, o recomendar la vacunación.

Edad	Vacunas
de 4 a 7 años * a partir de los 6 años	<ul style="list-style-type: none"> - Polio, difteria, tétanos, tos ferina - *Encefalitis centroeuropea (FSME) <p>Vacuna de refuerzo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sarampión, paperas, rubéola
A partir de los 11 años	<ul style="list-style-type: none"> - Difteria, tétanos, tos ferina - Hepatitis B (2 o 3 dosis) - Meningitis bacteriana (meningococos) - **Virus del papiloma humano (cáncer de cuello de útero, verrugas genitales) (2 o 3 dosis) <p>Vacuna de refuerzo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Polio - Sarampión, paperas, rubéola - FSME

Si su hijo tiene una edad comprendida entre los 11 y los 15 años y aún no ha padecido varicela, debería hablar con su médico de cabecera sobre la posibilidad de vacunación contra esta enfermedad infecciosa.

Por favor, tenga en cuenta que existen razones generales por las que la vacuna está contraindicada:

- **reacciones anafilácticas previas (=reacción alérgica severa)**
- **embarazo**
- **inmunodeficiencia**
- **enfermedad aguda severa**

Consentimiento

Quiero que mi hijo reciba las siguientes vacunas **si resultara necesario tras comprobar la cartilla de vacunación (marcar con una cruz lo que corresponda):**

- TODAS las vacunas necesarias indicadas a continuación.
- Solo las siguientes vacunas:
 - polio/ difteria/ tétanos/ tos ferina (vacuna combinada)
 - sarampión, paperas, rubéola (vacuna combinada)
 - meningitis bacteriana (meningococos)
 - hepatitis B
 - virus del papiloma humano (cáncer de cuello de útero, verrugas genitales)
 - encefalitis transmitida por garrapatas (FSME)

Todas las vacunas se administran por inyección (algunas de forma combinada). Tenga en cuenta que también hay médicos y médicas escolares que no administran las vacunas directamente, sino que darán a su hijo una recomendación por escrito.

Apellido(s), nombre del niño/a:

Nombre y dirección de la caja de enfermedad:

Número de asegurado:

Número AHV (solo para la vacuna VPH):
(AHV = seguro de vejez y supervivencia)

Lugar, fecha:

Firma de los padres / tutor legal: