

AUTORIZACIÓN PARA EL ALUMNADO QUE CURSE 1º Y 6º DE EDUCACIÓN PRIMARIA Y 2º DE ESO

AUTORIZO la vacunación de mi hijo/hija:

(marcar con una cruz la casilla correspondiente)

Vacunación correspondiente
al curso escolar del alumno/a*

☐ SI☐ NO

* Según calendario de inmunización a lo largo de toda la vida

Actualización de vacunación pendiente **

☐ SI☐ NO

** En el caso de no tener actualizado el calendario de inmunización. Se notificarán las dosis administradas en la cartilla o ficha de vacunación.

Observaciones

FIRMA de padre/madre o tutor/tutora legal

¡IMPORTANTE!

ADJUNTE A ESTA
AUTORIZACIÓN:
**FOTOCOPIA DE
LA CARTILLA DE
VACUNACIÓN CON
NOMBRE Y APELLIDOS**

Fecha: / /

En cumplimiento de lo establecido en la legislación vigente en materia de protección de datos le informamos que los datos facilitados por usted quedan bajo la responsabilidad de la DG Salud Pública, Consumo y Cuidados de la Consejería de Salud y Políticas Sociales y serán incorporados en el tratamiento Vigilancia epidemiológica cuya finalidad es el control de las enfermedades transmisibles. Este tratamiento está legitimado bajo el art. 6 del Reglamento (EU) 2016/679 del Parlamento Europeo, de protección de datos. Sus datos serán comunicados al Ministerio competente en materia de Sanidad. Centro Nacional de Epidemiología. Servicio Riojano de Salud. Usted podrá ejercer sus DERECHOS: de acceso, rectificación, oposición, portabilidad, limitación y supresión de datos mediante escrito dirigido al Responsable en, c/ Vara de Rey 8, 26071 – Logroño (La Rioja). Podrá ponerse en contacto con el Delegado de protección de datos del gobierno mediante en C/Vara de Rey 1 26071 en Logroño (La Rioja) o el correo, delegadapd@larioja.org. INFORMACIÓN ADICIONAL: <https://www.larioja.org/salud/es/proteccion-datos> o solicitándolo en la dirección del Responsable

Contacto:

programa.vacunas@larioja.org

<https://www.riojasalud.es/salud-publica-consumo/epidemiologia/vacunaciones/vacunacion-escolar>



 **La Rioja**

 **La Rioja**

Vacunación escolar

Curso 2026-2027

INFORMACIÓN A PADRES Y MADRES

Dirigido a los cursos:

1º DE EDUCACIÓN PRIMARIA

6º DE EDUCACIÓN PRIMARIA

2º DE EDUCACIÓN SECUNDARIA



LR 974-2025



Vacunación escolar

Las vacunas son muy importantes como prevención de enfermedades infecciosas y constituyen una de las estrategias de salud pública que mayor beneficio ha producido y continúa produciendo a la humanidad.

En la Comunidad Autónoma de La Rioja, la administración de las vacunas correspondientes al **Calendario de inmunización a lo largo de toda la vida** en edad escolar, se realiza en los centros escolares. El objetivo de esta actividad es conseguir que todos los escolares de La Rioja al finalizar la enseñanza obligatoria estén correctamente inmunizados según dicho calendario.

Las vacunas que durante el curso 2026-2027 se van a administrar en La Rioja, según el **Calendario de inmunización a lo largo de toda la vida** son las siguientes:

1º de Educación Primaria:

• Vacuna frente a **Tétanos, Difteria, Tos Ferina y Polio: 1 dosis**

6º de Educación Primaria:

• Vacuna frente a **Meningitis ACWY: 1 dosis**

• Vacuna frente a **Virus del Papiloma Humano: 1 dosis**

2º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO):

• Vacuna frente a **Tétanos y Difteria: 1 dosis**

Seguridad de las vacunas

Todas las vacunas que se administran, han demostrado ser seguras. Tras la administración de las vacunas pueden aparecer algunas molestias leves, como reacciones en el lugar de la inyección, dolor de cabeza, enrojecimiento de la zona del brazo en la que se ha pinchado, décimas de fiebre. Lo habitual es que estas molestias desaparezcan de forma espontánea en unas horas o días.

Por otro lado no debemos olvidar, que la administración de cualquier vacuna en adolescentes se asocia con mayor frecuencia a síncope o desmayos que cuando se vacuna a niños más pequeños o en la edad adulta.

¿Qué hacer en el caso de una reacción?

- Para la reacción local del brazo se recomienda frío local y antiinflamatorios (como por ejemplo ibuprofeno).
- Para las décimas de fiebre se recomiendan anti-térmicos como paracetamol o ibuprofeno.
- Para evitar mareos se recomienda permanecer sentado durante los 15 minutos posteriores a la administración de la vacuna.

Hay que consultar con su profesional sanitario si estas reacciones aumentan de intensidad o duran más de lo habitual.

Vacuna frente a Tétanos, Difteria, Tos Ferina y Polio

Esta vacuna protege frente a la infección por **Tétanos, Difteria, Tos Ferina y Poliomielitis**. Estas infecciones son muy infrecuentes actualmente debido a la elevada protección que tiene la población, gracias a la vacunación.

Vacuna frente a Meningococo A, C, W, Y

El meningococo es un microorganismo que puede causar meningitis bacteriana y otras enfermedades graves.

La vacuna tetravalente protege frente a los serogrupos A, C, W, Y.

Vacuna frente a Virus del Papiloma Humano VPH

(Niñas y niños de 6º de Educación Primaria)

El VPH es un virus que se contagia por vía sexual y es la primera causa de cáncer de cuello de útero. Además, puede causar otras enfermedades como verrugas genitales y cánceres orogenitales y del área de la cabeza y cuello, principalmente orofaringe.

La inclusión de los varones en la pauta vacunal obedece a la protección comunitaria observada, así como a la equidad en los programas en termino de responsabilidad social para tratar de reducir las enfermedades y canceres asociados al VPH

La infección por este virus suele ser asintomática y puede prevenirse con la vacunación .

La pauta es de 1 dosis.

Vacuna frente a Tétanos y Difteria

Se administra a los **13-14 años de edad**, en el curso de **2º de ESO**. Corresponde a dosis de recuerdo de la vacuna frente a difteria y tétanos, cuya pauta se inicia a los 2 meses de edad según el Calendario de inmunización a lo largo de toda la vida.

CUESTIONARIO VACUNACIÓN ESCOLAR **CURSO 2026 / 2027**

PARA EL ALUMNADO DE 1º Y 6º DE EDUCACIÓN PRIMARIA Y 2º DE ESO.
RELLENEN EL CUESTIONARIO Y ENTRÉGUENLO EN EL COLEGIO

CUESTIONARIO

Centro Escolar

Curso y Grupo

Apellidos

Nombre

Fecha de Nacimiento

Localidad

Teléfonos

ANTECEDENTES PERSONALES

¿Tiene alergia a algún medicamento?

☐ SI

☐ NO

En caso afirmativo ¿A qué?

¿Está recibiendo algún tratamiento o vacuna para la alergia? (vacuna para la alergia, tratamiento inmunosupresor, etc.)

☐ SI

☐ NO

Nombre del producto

Pauta de administración

POR FAVOR FIRMEN LA AUTORIZACIÓN POR DETRÁS

