



COMUNICADO PROCESO DE VACUNACIÓN (INOCULACIÓN)

Estimados apoderados y apoderadas, junto con saludar, se comunica que **el día 14 de octubre** se llevará a cabo el proceso de vacunación contra el COVID-19, a los estudiantes de 1° a 8° Básico. Este proceso es voluntario de parte del adulto responsable, por lo tanto el colegio requiere su autorización para vacunar a su hijo/a.

La vacunación o inoculación estará a cargo del personal de salud del CESFAM de Colina: médico, enfermera, tens y administrativos.

Este día habrá clases normales, no obstante si usted requiere acompañar a su pupilo/a en la vacunación podrá hacerlo, también si quiere retirarlo del establecimiento luego de ser inoculado, podrá llevarlo a casa para observación.

El proceso de vacunación se realizará en el comedor del colegio. Por lo que se recuerda que el ingreso es por el pasaje que se encuentra al costado del colegio: **pasaje Lidia Muñoz**. Se recuerda el uso obligatorio de mascarilla, alcohol gel y respetar distanciamiento.

CURSO	TIPOS VACUNA	HORARIOS
1° Básico	COVID - 19	9:00
2° Básico	COVID -19	9:00
3° Básico	COVID - 19	9:30
4° Básico	COVID - 19 PAPILOMA HUMANO	9:30
5° Básico	COVID -19 PAPILOMA HUMANO	10:00
6° Básico	COVID -19	10:00
7° Básico	COVID -19	10:30
8° Básico	COVID -19 DIFTERIA, TÉTANO, TOS CONVULSIVA	10:30

IMPORTANTE SABER:

¿Quiénes no deben vacunarse?

Contraindicaciones definitivas: personas que hayan tenido una reacción alérgica SEVERA (anafilaxia) a algún componente de la vacuna antes mencionada.

Contraindicaciones transitoria: Niños con alguna enfermedad aguda febril o agudización de enfermedad crónica.

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

La dosis a administrar será de 0.5 ml en un esquema de vacunación de dos dosis con un intervalo de 0 - 28 días.

REACCIONES ADVERSAS

La reacción adversa más común es dolor en el sitio de punción Linfadenopatía local en el sitio de inyección. Reacciones alérgicas causadas por cualquiera de los componentes de ronchas, erupciones y purpura, shock la vacuna: alérgicas anafiláctico Convulsiones (con o sin fiebre).

REACCIONES ADVERSAS ESPERADAS

Al igual que cualquier vacuna, pueden existir eventos adversos asociados a la vacunación, que en general son leves y se resuelven de manera espontánea, aunque también pueden ser serios, pero de mucha menor frecuencia, a continuación, se describen los eventos adversos más frecuentes:

- * Enrojecimiento, dolor, eritema, hinchazón y prurito en el sitio de punción.
- * Mareos.
- * Cefalea.
- * Náuseas.
- * Diarrea.
- * Dolor en articulaciones.
- * Vómitos.
- * Reacciones alérgicas.
- * Fiebre.

Entre los eventos serios identificados post vacuna, en una frecuencia baja, esta la reacción anafiláctica, evento que se describe con todas las vacunas utilizadas en el Programa Nacional de Inmunizaciones de Chile, y que en general son infrecuentes.

Los principales eventos adversos reportados en la población pediátrica fueron mareos, fatiga y náuseas, dermatitis alérgicas, síncope, todos eventos no serios. Implementación de la estrategia de vacunación La vacuna a utilizar será CoronaVac del laboratorio Sinovac, la misma que ha sido utilizada en la mayoría de población chilena.

OBSERVACIÓN POST VACUNACIÓN

Todos los niños que reciban la vacuna serán observados durante 30 minutos por personal de salud y del establecimiento educacional, con el objetivo de pesquisar y dar tratamiento oportuno frente a una reacción adversa inmediata. Vacunación contra SARS-COV-2 en edad pediátrica (6 a 11 años).

IMPORTANTE

Se debe completar la autorización y enviar con su hija/o al colegio para que ese día esté disponible para el personal del CESFAM.



Autorización para vacunación en colegio Terramonte

Nombre del alumno: _____

Rut del alumno: _____

Edad del alumno: _____

Curso: _____

Nombre del apoderado/a o tutor: _____

Rut adulto responsable: _____

Parentesco con el alumno/a: _____

Firma: _____

Teléfono de contacto: _____

Declaro que he leído la información contenida en el documento adjunto y autorizo la administración de la vacuna CoronaVac a mi hijo o pupilo:

SI ____ NO ____

Colina _____ de _____ 2021



Autorización para vacunación en colegio Terramonte

Nombre del alumno: _____

Rut del alumno: _____

Edad del alumno: _____

Curso: _____

Nombre del apoderado/a o tutor: _____

Rut adulto responsable: _____

Parentesco con el alumno/a: _____

Firma: _____

Teléfono de contacto: _____

Declaro que he leído la información contenida en el documento adjunto y autorizo la administración de la vacuna CoronaVac a mi hijo o pupilo:

SI ____ NO ____

Colina _____ de _____ 2021