México, CDMX a 28 de agosto del 2025.

PROGRAMA ESCOLAR DE VACUNACIÓN PREVENTIVA

Reciban un cordial saludo. Me permito presentarles una propuesta formal para implementar una **Campaña de Vacunación Escolar Preventiva**, con apego a las recomendaciones de **Secretaría de Salud de México**, la **Organización Mundial de la Salud (OMS),** para fortalecer la salud de su comunidad estudiantil y respaldar el compromiso institucional con el bienestar integral de sus alumnos.

Objetivo General

Implementar una campaña de vacunación escolar que promueva la salud preventiva, fortalezca la confianza de los padres de familia y posicione al colegio como una institución comprometida con el bienestar integral de sus alumnos.

Justificación

La vacunación escolar es una estrategia efectiva para prevenir enfermedades transmisibles, reducir ausentismo escolar y fomentar una cultura de cuidado comunitario. Al integrar este programa, el colegio demuestra liderazgo, responsabilidad social y atención personalizada a su comunidad educativa.

Grupo de Edad / Perfil	Vacunas Recomendadas	Periodo de Aplicación	Observaciones Institucionales
Preescolar (3-5 años)	Pentavalente, Neumocócica, Influenza	Septiembre	Coordinación con pediatra institucional
Primaria (6-11 años)	SRP (Sarampión, Rubéola, Paperas), Influenza	Octubre	Consentimiento firmado por padres
Secundaria (12-15 años)	VPH (ambos sexos), Hepatitis B, Influenza	Noviembre	Charlas informativas previas
Docentes y Administrativos (18-65 años)	Influenza, Hepatitis B, Td (Tétanos-Difteria), COVID-19 (refuerzo), Neumocócica (mayores de 60)	Octubre-Noviembre	Aplicación interna con seguimiento clínico y ficha personal

Edad del Personal	Vacunas Recomendadas	Frecuencia Recomendada	Observaciones
18–49 años	Influenza anual, Hepatitis B (3 dosis), Td cada 10 años, COVID-19 refuerzo anual	Según esquema nacional	Ideal para personal en contacto directo con alumnos
50–59 años	Influenza anual, Hepatitis B, Td, COVID-19 refuerzo, Neumocócica si hay comorbilidades	Anual y según historial médico	Evaluación médica previa recomendada
60+ años	Influenza anual, Neumocócica, Td, COVID-19 refuerzo	Anual y refuerzos cada 10 años	Priorizar protección por edad y riesgo

Valor agregado para su institución

- Reducción de ausentismo escolar por enfermedades prevenibles
- Cumplimiento de normativas sanitarias vigentes
- Fortalecimiento del vínculo escuela–familia–salud
- Charlas educativas para padres y docentes

MEDYCORP se encarga de:

- Orientación al personal docente y administrativo.
- Coordinar con proveedores certificados de vacunas.
- Documentar cada etapa del proceso.
- Brindar seguimiento clínico post-vacunación.
- Atención profesional, cálida y personalizada

- La campaña puede realizarse en sus instalaciones, bajo consentimiento informado de los padres, con materiales educativos y seguimiento clínico. Estoy a su disposición para coordinar fechas, resolver dudas y adaptar el programa a las necesidades específicas de su comunidad educativa.
- Agradezco su atención y quedo atento a su respuesta para formalizar esta colaboración.

Atentamente, *Dr. Fortino Damián Guzmán Correa*
Director Médico MEDYCORP

Consentimiento Informado para Vacunación Escolar

Corporativo Médico Empresarial MD S.A. de C.V.
MEDYCORP
Dr. Fortino Guzmán D*irector Médico, CDMX*

Nombre del alumno(a): _____
Edad:_____**Grado escolar:** _____ **Nombre del padre, madre o tutor:** _____
Teléfono de contacto: _____

Por medio del presente documento, autorizo la aplicación de las vacuna(s) _____durante la jornada de vacunación escolar, conforme al esquema recomendado por la Secretaría de Salud y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Declaro que:

- ✓ He sido informado(a) sobre los beneficios, posibles efectos secundarios y cuidados posteriores de cada vacuna.
- ✓ Entiendo que las vacunas ayudan a prevenir enfermedades contagiosas y protegen a mi hijo(a) y a la comunidad escolar.
- ✓ En caso de presentar alguna reacción adversa, me comprometo a contactar al médico responsable para seguimiento.
- ✓ Autorizo la toma de datos clínicos básicos (peso, talla, temperatura) para fines médicos y estadísticos.
- ✓ Confirmo que mi hijo(a) no presenta alergias graves conocidas ni contraindicaciones médicas para vacunación.
- ✓ He recibido orientación sobre el esquema de vacunación correspondiente a su edad.

Firma del padre, madre o tutor: _____

Fecha: ____ / ____ / _____

Formato de seguimiento postvacunación

Datos Generales

- **Nombre completo del paciente:** _____
- **Edad:** _____
- **Grupo escolar / Área laboral:** _____
- **Fecha de vacunación:** ___ / ___ / _____
- **Vacuna aplicada:** _____
- **Lote / Serie de vacuna:** _____
- **Aplicador responsable:** _____

Síntoma observado	¿Presente? (✓)	Hora de aparición	Intensidad (leve/moderada/severa)	Observaciones adicionales
Fiebre				
Dolor en zona de aplicación				
Fatiga o somnolencia				
Náuseas o mareo				
Erupción cutánea				
Dificultad para respirar				
Otros (especificar):				

Contacto para seguimiento. En caso de presentar signos o síntomas de reacción comunicarse.

- Área médica institucional: Dr. Fortino Damián Guzmán Correa
- Teléfono directo: 55-16-75-69-75 ; 56-51-89-57-58
- Correo electrónico: dguzman@medycorp.mx