



"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

Huancayo, 11 MAR 2026

OFICIO MULTIPLE N° 0051 - 2026-GRJ/DREJ/UGEL-H/DIR-AGP

Señores : DIRECTORES DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS PUBLICAS Y/O PRIVADAS DEL NIVEL INICIAL, PRIMARIA Y SECUNDARIA DEL AMBITO DE LA UGEL HUANCAYO

Presente. -

ASUNTO : CUMPLIMIENTO DE ACCIONES DURANTE EL AÑO 2026 – IMPLEMENTACIÓN ESCUELA PROMOTORA DE SALUD

Ref. : OFICIO CIRCULAR N° 001 -2026/GRJ/RSVM/ DSP/PROMSA

Tengo el agrado de dirigirme a usted a nombre de la Unidad de Gestión Educativa Local Huancayo y el mío propio, a la vez remito **OFICIO CIRCULAR N° 001 -2026/GRJ/RSVM/ DSP/PROMSA** donde comunica la Red Valle del Mantaro el cumplimiento de acciones durante el año 2026 – implementación Escuela Promotora de Salud y a su vez el cumplimiento de los acuerdos asumidos en el marco de la implementación de la política Multisectorial al 2030, relacionados con el fortalecimiento de la estrategia de Escuela Promotora de Salud promovida por el Ministerio de Educación en articulación con el Ministerio de Salud.

En este sentido la Ugel Huancayo pone de su conocimiento estos compromisos que contemplan acciones orientadas a garantizar la promoción de estilos de vida saludables, a la prevención de enfermedades y la generación de entornos escolares seguros constituyendo metas prioritarios de enfermedades para el bienestar integral de nuestros estudiantes Adjunto (21) folios a la presente.

Es propicia la oportunidad de hacerle extensivo las muestras de mi especial consideración y estima.

Atentamente;


 **Walter Raúl Ore Rivas**
DIRECTOR DE LA UGEL HUANCAYO

www.ugelhuancayo.gob.pe

Email: info@ugelhuancayo.gob.pe

Central telefónica: (064) 229967

RUC: 20600657594; Dirección: Jr. Atalaya 1280 – El Tambo, Huancayo; Junín – Perú





"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"



Huancayo, 26 de febrero de 2026.

OFICIO CIRCULAR N°001 - 2026-GRJ-GRSJ/RSVM/DSP/PROMSA.

Dr. Walter Oré Ramos

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL - HUANCAYO

Presente.-

ASUNTO: Cumplimiento de Acciones durante el año 2026 – Implementación Escuela Promotora de Salud

Tengo el agrado de dirigirme a usted, a fin de saludarlo cordialmente a nombre de la **RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO**; asimismo, para hacer de su conocimiento la importancia del cumplimiento de los acuerdos asumidos en el marco de la implementación de la Política Multisectorial al 2030, relacionados con el fortalecimiento de la estrategia de Escuela Promotora de Salud, promovida por el Ministerio de Educación en articulación con el Ministerio de Salud.

Como es de su conocimiento, estos compromisos contemplan acciones orientadas a garantizar la promoción de estilos de vida saludables, la prevención de enfermedades y la generación de entornos escolares seguros, constituyendo metas prioritarias para el bienestar integral de nuestros estudiantes. Enmarcados en las siguientes intervenciones:

- Entregas de Prestaciones Clave: Vacunación Regular, Vacunación VPH, entre otras prestaciones para la población escolar objetivo.
- Promoción de Estilos de Vida Saludable: Capacitaciones o Sesiones Educativas a Docentes enfocado en Practicas Saludables en diferentes temáticas.
- Generación de Entornos Saludables: Evaluaciones y Monitoreos de Quioscos, Cafeterías y Comedor escolar

En ese sentido, se le recuerda la necesidad de comunicar a todas las instituciones educativas bajo su jurisdicción que se brinden las facilidades correspondientes al sector Salud, a fin de garantizar el cumplimiento oportuno de las actividades programadas en el marco de las Escuelas Promotoras de Salud. Resulta fundamental que dichas intervenciones cuenten con el respaldo institucional necesario para asegurar su adecuada ejecución y el logro de los objetivos establecidos al 2030.



RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO
Av. Giráldez N° 886, Huancayo
arcomrsvm@gmail.com
<https://www.rsvm.gob.pe>



"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"



19

Reiteramos nuestra disposición para continuar trabajando de manera articulada y coordinada en beneficio de la comunidad educativa.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi especial consideración.

Unidad de Gestión Educativa
HUANCAYO
UNIDAD DE GESTIÓN PEDAGÓGICA

04 MAR 2026

RA..... Nº FOLIO.....
EPCIONADO POR:

GOBIERNO REGIONAL - JUNÍN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO
Lic. Enf. M.C. Nancy Luz Baquerizo Inga
CÉP 49884 / CMP 109355
DIRECTORA EJECUTIVA

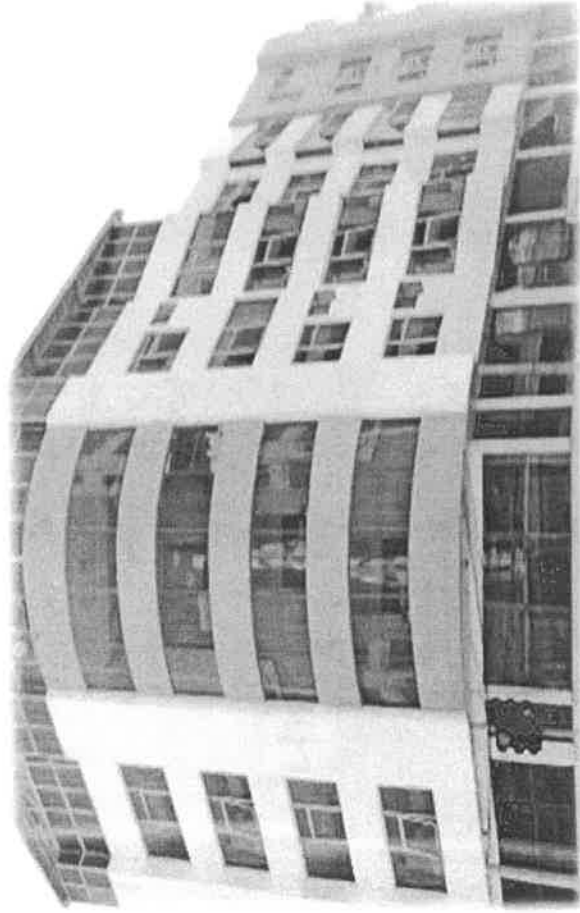
Atentamente.
NBI/MLC/gmvi
O.cc. Archivo
01 folios

GRJ-DRSJ-RSVM	
Nº REG.	10237997
Nº EXP.	06944461

PROVEÍDO Nº -AL- UGE
A Señor Inga
PARA : Elaborar
oficio para IIEE
FECHA: 04 MAR 2026
FIRMA

PROVEÍDO Nº 1199 DIR-UGEL/H
Señor trabajador sírvase procesar el presente, en el mas breve plazo, bajo su responsabilidad.
Fecha de Ingreso:
A: VGP
Para: Coordinación
Fecha de Devolución:
FIRMA

RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO
Av. Giráldez N° 886, Huancayo
arcomsvm@gmail.com
<https://www.rsvm.gob.pe>

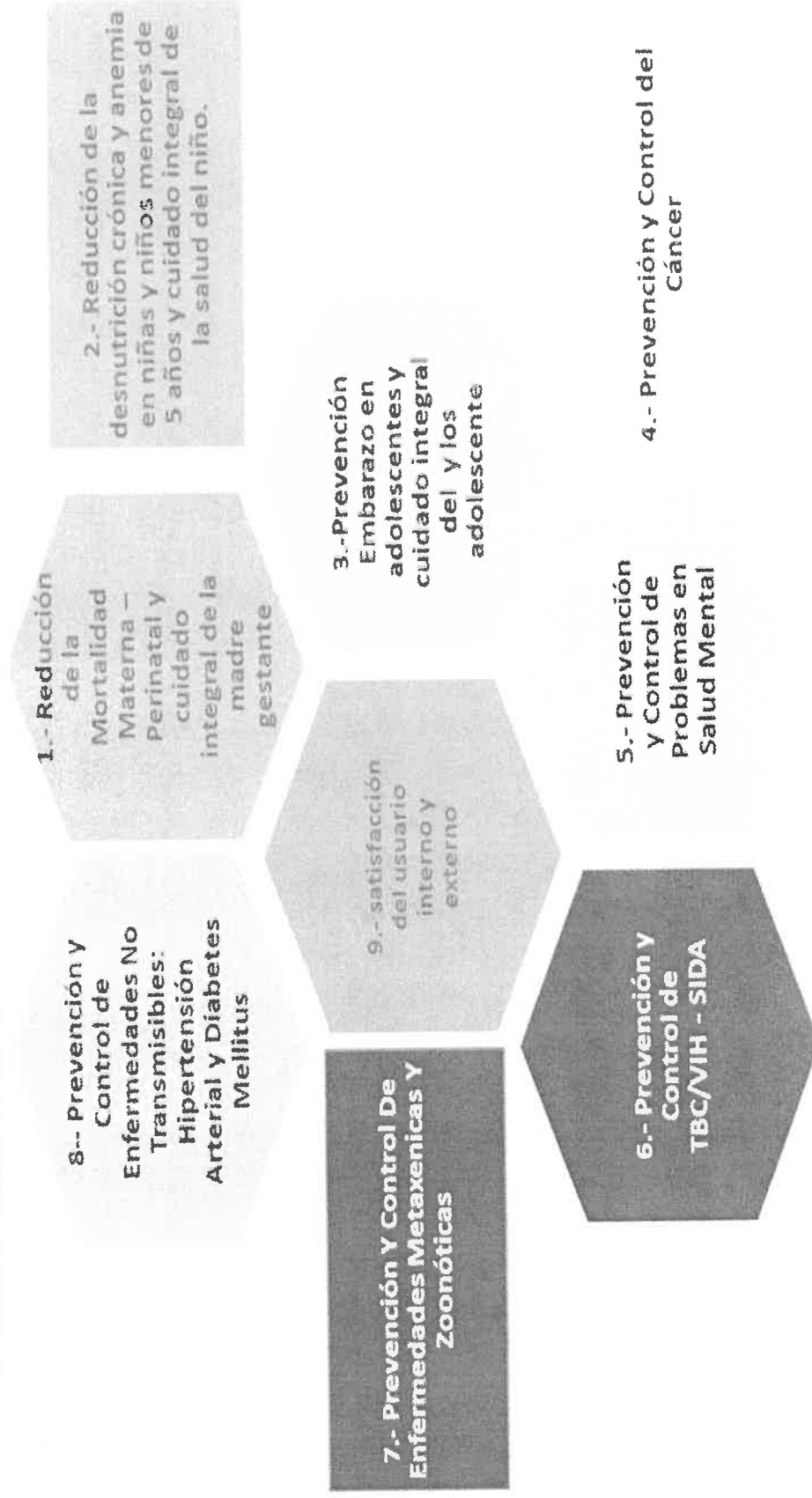


ARTICULACIÓN DE ACCIONES ENTRE SALUD Y EDUCACIÓN INTERVENCIONES EN SALUD ESCOLAR REGIÓN JUNIN AÑO 2026

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE INTERVENCIONES ESTRATEGICAS DE
SALUD PUBLICA DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

04 DE DICIEMBRE DEL 2025

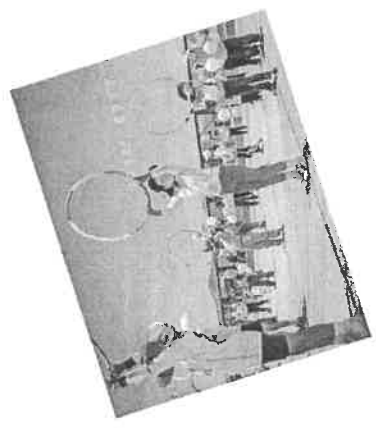
INDICADORES SANITARIOS REGIONALES PRIORIZADOS 2023 - 2026



**DECRETO SUPREMO
N° 022-2024-SA**

Decreto Supremo que define el listado de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2025 .





CONVENIO MARCO DE COOPERACION TÉCNICA DIRESA JUNIN Y LA DREJ.

CONVENIO SEHO DREJ- DIRESA JUNÍN .

CONVENIO N.º 001-2013/DIRSUN

CONVENIO MARCO DE COOPERACION TECNICA ENTRE LA DIRECCION REGIONAL DE EDUCACION JUNIN Y LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN

Con el fin de mejorar la calidad de la atención en salud y la calidad de la educación en la región de Junín, se suscribe el presente convenio marco de cooperación técnica entre la Dirección Regional de Educación (DREJ) y la Dirección Regional de Salud (DIRESA).

CLÁUSULA PRIMERA: DE LAS PARTES

La DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN, en su calidad de entidad ejecutora de la política de salud pública, y la DIRECCION REGIONAL DE EDUCACION JUNIN, en su calidad de entidad ejecutora de la política educativa, suscriben el presente convenio marco de cooperación técnica.

CLÁUSULA SEGUNDA: ANTECEDENTES

La DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN, en su calidad de entidad ejecutora de la política de salud pública, y la DIRECCION REGIONAL DE EDUCACION JUNIN, en su calidad de entidad ejecutora de la política educativa, suscriben el presente convenio marco de cooperación técnica.

CLÁUSULA TERCERA: BASH LEGAL

El presente convenio marco de cooperación técnica se suscribe en el marco de la Ley de Bases de Decretos Leyes N.º 27097.

CONVENIO DE COOPERACION INTERINSTITUCIONAL ENTRE LA DIRECCION REGIONAL DE EDUCACION DE JUNIN Y LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE JUNIN

CLÁUSULA PRIMERA DE LAS PARTES

La DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN, en su calidad de entidad ejecutora de la política de salud pública, y la DIRECCION REGIONAL DE EDUCACION JUNIN, en su calidad de entidad ejecutora de la política educativa, suscriben el presente convenio marco de cooperación técnica.

CLÁUSULA SEGUNDA: ANTECEDENTES

La DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN, en su calidad de entidad ejecutora de la política de salud pública, y la DIRECCION REGIONAL DE EDUCACION JUNIN, en su calidad de entidad ejecutora de la política educativa, suscriben el presente convenio marco de cooperación técnica.

CLÁUSULA TERCERA: BASH LEGAL

El presente convenio marco de cooperación técnica se suscribe en el marco de la Ley de Bases de Decretos Leyes N.º 27097.

INTERVENCIONES EN SALUD DEL ESCOLAR

Identificar oportunamente los riesgos de salud

Entrega de prestaciones clave

- Vacunación regular
- **Vacunación VPH 9-18 años.**
- Tamizaje con suplementación preventiva de anemia.
- Tamizaje de agudeza visual en IIEE seleccionadas.
- Desparasitación
- En IIEE. con servicio diferenciado exclusivo para adolescentes, pqte. preventivo completo con mas de 20 prestaciones de salud.
- IIEE. sin servicio diferenciado pqte básico.

Desarrollar una cultura de salud en los estudiantes

Quioscos, cafeterías y comedores escolares saludables (evaluación abril y noviembre).
Entorno libre de riesgos en salud (dengue, etc.) (Cole sin dengue)

Desarrollo de prácticas saludables en la II. EE.

Capacitación a docentes (compromiso de mejora)
FICHA :

Generación de entornos saludables

PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

CAPACITACION EN PRACTICAS SALUDABLES
PROMOCION DEL CUIDADO INFANTIL, LME Y ALIMENTACIÓN.
EN EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL
PREVENCIÓN DE TBC Y VIH-SIDA
PREVENCIÓN DE ENF METAXENICAS Y ZOONOTICAS.
PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
PREVENCIÓN DE CANCER

FICHA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN QUIOSCOS ESCOLARES

[illegible]

FICHA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN CAFETERÍAS Y COMEDORES ESCOLARES

[illegible]

COMPROMISO DE MEJORA FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES DOCENTES AÑO 2026

SALUD MENTAL

DENGUE

ANEXO 1: PRESTACIONES PRIORIZADAS CLAVES REGION DE SALUD JUNIN AÑO 2026 - INTERVENCIONES EN SALUD ESCOLAR				PP : ESTRATEGIA SANITARIA: ETAPA DE VIDA :	
GRUPO ETARIO	PRESENTACION	MARCAR CON (X) EL LUGAR DE LA PRESTACION CLAVE EN SALUD ESCOLAR QUE COMO ESTRATEGIA SANITARIA Y/O ETAPA DE VIDA SELECCIONA Y/O PRIORIZA QUE DESARROLLARA EN LA REGION JUNIN AÑO 2026	NECESIDAD DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ACTIVIDAD.	OBSERVACIONES	
		Prestación que se da en la Institución educativa (IEE, EEE, S, etc.)	SI	NO	
0 a 2 años	Evaluación del estado nutricional.		X		
	Consejería nutricional o atención nutricional.		X		
	Dosaje de hemoglobina.		X		
	Suplementación con hierro.		X		
	Vacunas según esquema regular.		X		
	Niños/os con anemia.		X		
	Tratamiento de anemia.		X		
	Tamizaje para detectar problemas de neurodesarrollo en niñas y niños de 2 años de edad.		X	X	
	Consejería de prevención de riesgos en salud mental.		X		
	Tamizaje positivo en problemas de neurodesarrollo (TEA, TDAH, lenguaje) en niñas y niños de 2 años de edad.		X		
3 a 5 años	Evaluación a niños ante la presencia de signos y síntomas de alarma de cáncer infantil.	X			
	Vacunas según esquema regular.		X		
	Dosaje de hemoglobina.		X		
	Suplementación con hierro.		X		
	Niños/os con anemia.		X		
	Tratamiento de anemia.		X		
	Evaluación antropométrica.		X		
	Consejería nutricional o atención nutricional.		X		
	Evaluación de niños menores de 5 años con síntomas y signos sugestivos de tuberculosis.		X		
	Evaluación a niños ante la presencia de signos y síntomas de alarma de cáncer infantil.	X			

6 a 11 años	Evaluación antropométrica.				X	
	Consejería nutricional o atención nutricional.				X	
	Tamizaje de agudeza visual.					
	Tamizaje de salud mental.					
	Consejería de prevención de riesgos en salud mental.		X		X	X
	Tamizaje positivo con riesgo de presentar problemas de salud mental.		X		X	X
	Niños/os del 4º grado de primaria con vacuna del Virus del Papiloma Humano.		X		X	X
	Evaluación de niños de 6 a 11 años con signos y síntomas sugestivos de tuberculosis.				X	
	Evaluación a niños ante la presencia de signos y síntomas de alarma de cáncer infantil.					
	Dosaje de hemoglobina.				X	
12 a 17 años	Suplementación con hierro.				X	
	Niños/os con anemia.				X	
	Tratamiento de anemia.					
	Evaluación nutricional antropométrica con IMC.					
	Suplementación preventiva de sulfato ferroso más ácido fólico en mujeres.					
	Estudiantes adolescentes con consejería en salud sexual y reproductiva.					
	Estudiantes adolescentes con consejería en alimentación saludable.					
	Adolescentes con tamizaje en salud mental con lista de síntomas pediátricos.					
	Consejería de prevención de riesgos en salud mental.		X		X	X
	Adolescentes con tamizaje positivo con riesgo de presentar problemas de salud mental.		X		X	X
12 a 17 años	Evaluación de adolescentes de 12 a 17 años con signos y síntomas sugestivos de tuberculosis.					
	Adolescentes con evaluación oral completa.					
	Evaluación a adolescentes ante la presencia de signos y síntomas de alarma de cáncer infantil.				X	
	Dosaje de hemoglobina.					
	Adolescente con anemia.					
	Tratamiento de anemia.					
	Estudiantes adolescentes con consejería en salud sexual y reproductiva.					
	Estudiantes adolescentes con consejería en alimentación saludable.					
	Adolescentes con evaluación oral completa (D0150) + fuente financiamiento SIS					
	Adolescentes con vacuna VPH.	X			X	X

ANEXO 4: FICHA DE REFERENCIA Y SEGUIMIENTO DE RIESGOS PARA LA SALUD EN ESCOLARES

DATOS INFORMATIVOS			
Institución Educativa:		Nivel:	
Nombre y apellidos del estudiante:		Sección:	
Edad:			
Nombre del docente que realiza la referencia:			
Nombre del Padre, madre o cuidador:			
Teléfono del Padre, madre o cuidador:			
ATENCIÓN POR EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD (Para ser llenado por el profesional de salud)			
Firma y sello del profesional que lo atendió y EE.SS.		FECHA	
		.../.../...	
MONITORIO DE LA EMERGENCIA (Para ser llenado por el docente)			
Fecha	MARCAR		
Necesidad de suplementación preventiva con hierro o tratamiento de anemia.	.../.../...		
Con sospecha de anemia o signos de alarma de anemia	.../.../...		
Controles de CREED incompletos	.../.../...		
Necesidad de suplementación nutricional	.../.../...		
Vacunas incompletas	.../.../...		
Necesidad de evaluación de salud bucal	.../.../...		
Signos y síntomas de Tuberculosis	.../.../...		
Signos de alerta para detectar infante	.../.../...		
Dificultad para ver de lejos o cerca	.../.../...		
Presencia de fiebre	.../.../...		
Considerar la posibilidad de diagnóstico de enfermedad en un lugar donde hay transmisión	.../.../...		
Identificación de riesgos en salud mental	.../.../...		
Otros:	.../.../...		
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES			
Del Docente			
Del Profesional de la Salud			
Firma de (de la) docente		Firma de la madre/padre/cuidador	
Nombre		Nombre	

Nota: El docente/cuidador debe acudir al EE.SS. cuando el niño/a o adolescente es atendido regularmente o en el seguro. El Control de Crecimiento y Desarrollo (CREED) incluye en este caso y corresponde a la salud mental (signos de alerta o riesgo de problemas) de los adolescentes, niños y niñas en la salud mental.

INSIRUCIVO

Este documento es un al docente en caso observe alguna posible condición de riesgo para la salud en los estudiantes y madre o cuidador para que éste lleve a su hijo(a) a un establecimiento de salud, según corresponda.

- Necesidad de suplementación preventiva con hierro o tratamiento de anemia:
 Marque esta opción si Ud. observa connotaciones de:
 • El niño(a) de 6 a 12 meses de edad no está recibiendo suplementación preventiva con hierro una vez cada dos meses; por lo tanto, la madre o cuidador no está recibiendo suplementación preventiva con hierro una vez cada dos meses.
 • Un niño(a) con anemia, no acude al EE.SS. en forma mensual para recibir su tratamiento y le realicen su control de hemoglobina.
 Los niños(a) que *comienzan a perder dientes* pueden presentar: *manchado de dientes*, o *estreñimiento*.
- Con sospecha de anemia o signo de alarma de anemia:
 Marque esta opción cuando el niño(a) o adolescente presente los siguientes signos y síntomas de anemia:
 • Síntomas y signos: *palidez*; Sueño incrementado; Irritabilidad; Irritabilidad; Rendimiento físico disminuido; Fiebre; mareos; cefalea; y alteraciones en el crecimiento.
 • Alteraciones en piel y uñas: Piel y membranas mucosas pálidas (signo principal); piel seca; caída del cabello; uñas quebradizas.
 • Alteraciones de conducta alimentaria: Tendencia a comer tierra (geofagia); uñas, cabello, pasta de dientes, entre otros.

- Control de CREED incompleto:
 Marque esta opción si Ud. observa connotaciones que al niño(a) le falta algún Control de Crecimiento y Desarrollo, de acuerdo al siguiente calendario de control CREED:

EDAD	CONTROL	PERIODICIDAD
1 año	1 control	1 control por mes
2 a 4 años	6 controles	1 control cada dos meses
5 a 11 años	1 control	1 control cada 3 meses
1 vez al año	1 control	1 vez al año

- Necesidad de evaluación nutricional:
 Marque esta opción si Ud. considera que el niño(a) o adolescente tiene sobrepeso, bajo peso o es muy pequeño para su edad.

- Vacunas incompletas:
 Marque esta opción si Ud. observa connotaciones que al niño(a) o adolescente le falta alguna vacuna de acuerdo al siguiente calendario:

VACUNA	EDAD	PERIODICIDAD
OPV	1 año	1 vez al año
OPV	2 años	1 vez al año
OPV	3 años	1 vez al año
OPV	4 años	1 vez al año
OPV	5 años	1 vez al año
OPV	6 años	1 vez al año
OPV	7 años	1 vez al año
OPV	8 años	1 vez al año
OPV	9 años	1 vez al año
OPV	10 años	1 vez al año
OPV	11 años	1 vez al año
OPV	12 años	1 vez al año
OPV	13 años	1 vez al año
OPV	14 años	1 vez al año
OPV	15 años	1 vez al año
OPV	16 años	1 vez al año
OPV	17 años	1 vez al año
OPV	18 años	1 vez al año
OPV	19 años	1 vez al año
OPV	20 años	1 vez al año
OPV	21 años	1 vez al año
OPV	22 años	1 vez al año
OPV	23 años	1 vez al año
OPV	24 años	1 vez al año
OPV	25 años	1 vez al año
OPV	26 años	1 vez al año
OPV	27 años	1 vez al año
OPV	28 años	1 vez al año
OPV	29 años	1 vez al año
OPV	30 años	1 vez al año
OPV	31 años	1 vez al año
OPV	32 años	1 vez al año
OPV	33 años	1 vez al año
OPV	34 años	1 vez al año
OPV	35 años	1 vez al año
OPV	36 años	1 vez al año
OPV	37 años	1 vez al año
OPV	38 años	1 vez al año
OPV	39 años	1 vez al año
OPV	40 años	1 vez al año
OPV	41 años	1 vez al año
OPV	42 años	1 vez al año
OPV	43 años	1 vez al año
OPV	44 años	1 vez al año
OPV	45 años	1 vez al año
OPV	46 años	1 vez al año
OPV	47 años	1 vez al año
OPV	48 años	1 vez al año
OPV	49 años	1 vez al año
OPV	50 años	1 vez al año
OPV	51 años	1 vez al año
OPV	52 años	1 vez al año
OPV	53 años	1 vez al año
OPV	54 años	1 vez al año
OPV	55 años	1 vez al año
OPV	56 años	1 vez al año
OPV	57 años	1 vez al año
OPV	58 años	1 vez al año
OPV	59 años	1 vez al año
OPV	60 años	1 vez al año
OPV	61 años	1 vez al año
OPV	62 años	1 vez al año
OPV	63 años	1 vez al año
OPV	64 años	1 vez al año
OPV	65 años	1 vez al año
OPV	66 años	1 vez al año
OPV	67 años	1 vez al año
OPV	68 años	1 vez al año
OPV	69 años	1 vez al año
OPV	70 años	1 vez al año
OPV	71 años	1 vez al año
OPV	72 años	1 vez al año
OPV	73 años	1 vez al año
OPV	74 años	1 vez al año
OPV	75 años	1 vez al año
OPV	76 años	1 vez al año
OPV	77 años	1 vez al año
OPV	78 años	1 vez al año
OPV	79 años	1 vez al año
OPV	80 años	1 vez al año
OPV	81 años	1 vez al año
OPV	82 años	1 vez al año
OPV	83 años	1 vez al año
OPV	84 años	1 vez al año
OPV	85 años	1 vez al año
OPV	86 años	1 vez al año
OPV	87 años	1 vez al año
OPV	88 años	1 vez al año
OPV	89 años	1 vez al año
OPV	90 años	1 vez al año
OPV	91 años	1 vez al año
OPV	92 años	1 vez al año
OPV	93 años	1 vez al año
OPV	94 años	1 vez al año
OPV	95 años	1 vez al año
OPV	96 años	1 vez al año
OPV	97 años	1 vez al año
OPV	98 años	1 vez al año
OPV	99 años	1 vez al año
OPV	100 años	1 vez al año

INICIO DE CLASES

SEMANA DE GESTIÓN

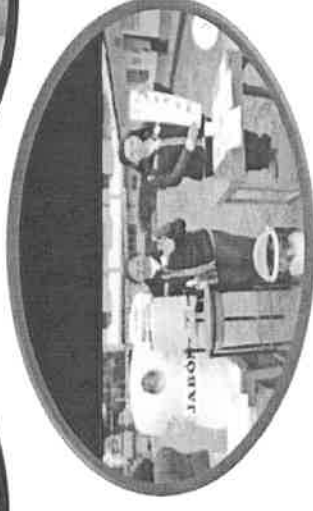
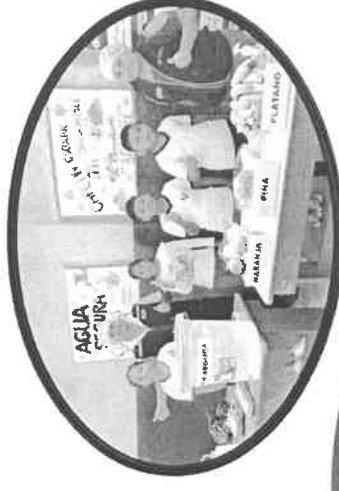
COORDINACIÓN ,
CAPACITACION SENSIBILIZACION
A DOCENTES -



ATENCIÓN INTEGRAL



FERIA INFORMATIVA



Propuestas de concertación

- 1° En concordancia con el Decreto Supremo N° 026-2020-SA —que aprueba la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 - Perú, País Saludable, donde ambos sectores tenemos compromisos en la Mejora de los hábitos, conductas y estilos de vida saludables de la población, concordante con las normativas vigentes de salud y educación, y Convenio marco entre la Diresa Junín y la DREJ. deberá continuar e intensificar las acciones de promoción de la salud, y prevención de enfermedades en las Instituciones educativas según acuerdos locales, con la finalidad de fortalecer la salud del escolar. en la región Junín.
- 2° Educación deberá integrar en el currículo ejes temáticos de salud que permitan fortalecer las practicas saludables, así como mejorará el entorno escolar, promoviendo que los programas de alimentación escolar, los Quioscos cafeterías y comedores escolares sean saludables, formará parte del Comité de evaluación y monitoreo de los quioscos ,cafeterías y comedores escolares. promoverá que los espacios de la Institución educativa sean limpios y seguros con acceso a agua potable o segura y servicios sanitarios seguros. Así mismo establecerá protocolos de higiene como el lavado de manos.
- 3° Salud en coordinación y articulación desde el nivel regional hasta el nivel local brindara asistencia técnica, y de manera descentralizada fortalecerá las capacidades de los docentes en promoción de estilos de vida saludables en el marco de Escuelas Promotoras de la Salud y brindara la entrega de las prestaciones claves.

Propuestas de concertación

4° La DREJ, deberá realizar el comunicado oficial a las UGEL para consolidar acuerdos y compromisos a nivel local para cumplimiento, disponibilidad de tiempo y culminación del proceso de capacitación descentralizada de docentes de las IIEE. seleccionadas a nivel local. así como facilitar los consentimientos informados y realizar la Derivación AL EESS. con la f **FICHA DE REFERENCIA Y SEGUIMIENTO DE RIESGOS PARA LA SALUD EN ESCOLARES** (las ccordinaciones se darán entre UGEL/ REDES de salud e IIEE. Con EL EESS.

5° .Los docentes capacitados deberán desarrollar las experiencia y/o sesiones de aprendizaje que promuevan las prácticas saludable en la población escolar y comunidad educativa.

FICHA DE REFERENCIA Y SEGUIMIENTO DE RIESGOS PARA LA SALUD EN ESCOLARES

DATOS INFORMATIVOS			
Institución Educativa:		Nivel:	
Nombre y apellidos del estudiante:			
Edad:	Grado:	Sección:	
Nombre del docente que realiza la referencia:			
Nombre del Padre, madre o cuidador:			
N° celular del Padre, madre o cuidador:			
MOTIVO DE LA REFERENCIA (Para ser llenado por el docente)		ATENCIÓN POR EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD (Para ser llenado por el profesional de salud)	
Fecha:.....	MARCAR	FECHA	Firma y sello del profesional que lo atendió y EE.SS
Necesidad de suplementación preventiva con hierro o tratamiento de anemia.		/..../....	
Con sospecha de anemia o signos de alarma de anemia		/..../....	
Controles de CRED incompletos		/..../....	
Necesidad de evaluación nutricional		/..../....	
Vacunas incompletas		/..../....	
Necesidad de evaluación de salud bucal		/..../....	
Signos y síntomas de Tuberculosis		/..../....	
Signos de alerta para cáncer infantil		/..../....	
Dificultad para ver de lejos o cerca		/..../....	
Presencia de fiebre <i>Considerar la posibilidad de dengue si se encuentra en un lugar donde hay transmisión.</i>		/..../....	
Identificación de riesgos en salud mental		/..../....	
Otros:		/..../....	

OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES	
Del Docente	Del Profesional de la Salud

Firma del (de la) docente
Nombre:

Firma de la madre/padre/cuidador
Nombre:

Nota: El padre/madre/cuidador deberá acudir al EE.SS donde el niño, niña o adolescentes es atendido regularmente o tiene su seguro. El Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED) incluye el tamizaje y consejería en salud mental según la edad del niño o niña. Asimismo, el paquete de atención integral del adolescente incluye el tamizaje y consejería en salud mental.

INSTRUCTIVO

Este documento es útil al docente en caso observe alguna posible condición de riesgo para la salud en los estudiantes y considere necesario que deba recibir atención en los servicios de salud. En tal caso, entregará este documento al padre, madre o cuidador para que éste lleve a su hijo(a) a un establecimiento de salud, según corresponda.

A continuación, detallamos probables motivos de referencia:

1. Necesidad de suplementación preventiva con hierro o tratamiento de anemia:

Marque esta opción si Ud. tuviera conocimiento de:

- El niño(a) de 6 a 12 meses de edad no está recibiendo suplementación preventiva con hierro diariamente.
- La mujer adolescente no está recibiendo suplementación preventiva con hierro más ácido fólico 3 meses por año.
- Un niño(a) con anemia, no acude al EE.SS en forma mensual para recibir su tratamiento y le realicen su control de hemoglobina.

Los niños(a) que toman sulfato ferroso pueden presentar: manchado de dientes y/o estreñimiento.

2. Con sospecha de anemia o signos de alarma de anemia

Marque esta opción cuando el niño(a) o adolescente presente los siguientes signos y síntomas de anemia:

- Síntomas y signos generales: Sueño incrementado, inapetencia, irritabilidad, rendimiento físico disminuido, fatiga, mareos, cefaleas y alteraciones en el crecimiento.
- Alteraciones en piel y uñas: Piel y membranas mucosas pálidas (signo principal), piel seca, caída del cabello, uñas quebradizas.
- Alteraciones de conducta alimentaria: Tendencia a comer tierra (geofagia), uñas, cabello, pasta de dientes, entre otros.

3. Controles de CRED incompletos

Marque esta opción si Ud. tuviera conocimiento que al niño(a) le falta algún Control de Crecimiento y Desarrollo, de acuerdo al siguiente calendario de control CRED:

EDAD	CONTROL	PERIODICIDAD
<1 año	11 controles	1 control por mes
1 año	6 controles	1 control cada dos meses
2 a 4 años	4 controles	1 control cada 3 meses
5 a 11 años	1 control	1 vez al año

4. Necesidad de evaluación nutricional

Marque esta opción si ud considera que el niño(a) o adolescente tiene sobrepeso, bajo peso o es muy pequeño para su edad.

5. Vacunas incompletas

Marque esta opción si Ud. tuviera conocimiento que al niño(a) o adolescente le falta alguna vacuna, de acuerdo al siguiente calendario:

GRADO	EDAD	VACUNAS	DOSIS	PROTEGE
CUNA	RN	*BCG. *HVB.	DOSIS ÚNICA	*Tuberculosis. *Hepatitis B
	2 MESES	*PENTAVALENTE. *ROTAVIRUS. *POLIO. *NEUMOCOCO.	1RA DOSIS	*Difteria, tetános, tos ferina e infecciones por haemophilus tipo B, hepatitis B. *Enfermedad diarreica grave. *Poliomielitis.
	4 MESES	*PENTAVALENTE. *ROTAVIRUS. *POLIO. *NEUMOCOCO.	2DA DOSIS	*Neumonías graves, otitis, meningitis, sepsis, meningitis.
	6 MESES	*PENTAVALENTE. *POLIO.	3RA DOSIS	*Difteria, tetános, tos ferina e infecciones por haemophilus tipo B, hepatitis B. *Poliomielitis.
	7 MESES	*INFLUENZA	1RA DOSIS	*Gripe
	12 MESES	*INFLUENZA *NUEMOCOCO	2DA DOSIS	*Neumonías graves, otitis, meningitis, sepsis, meningitis.
	12 MESES	*SPR *VARICELA *INFLUENZA	1RA DOSIS	*Sarampión, paperas, rubéola. *Varicela.
	12 MESES		DOSIS ANUAL	*Gripe
	15 MESES	*ANTIAMARILICA. *HEPATITIS A.	DOSIS ÚNICA	*Fiebre amarilla. *Hepatitis A.
	18 MESES	*SPR	2DA DOSIS	*Sarampión, paperas, rubéola.
INICIAL	2 AÑOS	*DPT *POLIO	1ER REFUERZO	*Tetános, difteria y tos ferina. *Poliomielitis.
	3 AÑOS	*INFLUENZA	DOSIS ANUAL	*Gripe
	4 AÑOS	*DPT. *POLIO. *INFLUENZA	2DO REFUERZO	*Tetános, difteria y tos ferina. *Poliomielitis. *Gripe
PRIMARIA Y SECUNDARIA	9 A 18 AÑOS	*VPH	DOSIS ÚNICA	*Cáncer de cuello uterino. *Verrugas genitales.

6. Necesidad de evaluación de salud bucal

Marque esta opción si usted considera que el niño(a) o adolescente presenta alguno de los siguientes síntomas y signos de caries dental:

- Sensibilidad al consumir bebidas frías, calientes o dulces
- Lesión de mancha blanca (que puede estar pigmentada color marrón)
- Dolor dental
- Cavidades en el diente.
- Dificultad para comer y/o dormir por dolor dental.
- Hinchazón de la cara

Todos los niños(a) y adolescentes deben acudir dos veces por año al odontólogo para recibir el paquete de procedimientos preventivos, que incluye profilaxis (limpieza), aplicación de flúor, entre otros. Así, evitarán la aparición de enfermedades bucales.

7. Signos y síntomas de Tuberculosis

Marque esta opción cuando el niño(a) o adolescente presente 2 o más de los siguientes síntomas y signos sugestivos de tuberculosis:

- Tos.
- Pérdida de apetito.
- Fiebre y sudoración nocturna.
- Debilidad o cansancio.
- Pérdida de peso.
- Dolor de espalda o pecho.

El estudiante debe acudir al establecimiento de salud más cercano para descartar tuberculosis.

Si existe un caso de tuberculosis en algún adulto cercano, es importante descartarla en niños y adolescentes. Ellos son vulnerables al contagio.

8. Signos de alerta para cáncer infantil

Marque esta opción cuando el niño(a) o adolescente presente 1 o más de los siguientes signos de alerta para cáncer infantil:

- Dolor persistente en huesos y abdomen
- Cansancio fácil, palidez y anemia súbita.
- Fiebre sin causas, o por más de una semana
- Pérdida de peso
- Moretones o sangrado de nariz y encías
- Dolor de cabeza y vómitos por la mañana por varios días
- Crecimiento tumoral o de ganglios
- Abdomen que crece rápidamente
- Picazón en el cuerpo sin lesiones en la piel
- Infección que no mejora.

El estudiante debe ser evaluado prontamente por un médico general o médico pediatra

9. Dificultad para ver de lejos o cerca

Marque esta opción cuando el niño(a) o adolescente presente alguno de los siguientes signos y síntomas:

- Secreción o Lagrimeo
- No copia la pizarra
- Se frota los ojos
- Confunde las letras o números
- Entre cierra los ojos
- Se acerca mucho al texto
- Ojo rojo
- Visión borrosa
- Dolor de cabeza

10. Presencia de fiebre

Marque esta opción cuando el niño(a) o adolescente presente alguno de los siguientes signos y síntomas:

- Piel caliente al tacto
- Enrojecimiento de la piel y/o cara
- Sudoración
- Somnolencia
- Respiración agitada o cambios en la forma habitual de respirar

Si se encuentra en un lugar donde hay transmisión de Dengue, considerar la posibilidad de esta enfermedad. Los síntomas y signos de alarma de dengue son:

Síntomas de dengue

- Fiebre
- Dolor de cabeza
- Dolor detrás de los ojos
- Dolor muscular y articular
- Náuseas, vómitos y/o diarrea
- Malestar general
- Sarpullido en la piel

Signos de alarma del dengue:

- Dolor abdominal intenso y sostenido
- Vómitos persistentes (3 o más en 6 horas)
- Sangrado de mucosas, nariz y encías
- Somnolencia o irritabilidad
- Decaimiento
- Dificultad para respirar
- Sangrado en la orina
- Moretones en la piel

11. Identificación de riesgos en salud mental

Marque esta opción si observa en el niño(a) o adolescente 2 o más de los siguientes signos de riesgo en salud mental:

• Emocionales:

- ✓ Se siente triste
- ✓ Se siente pesimista/piensa que las cosas son difíciles y le van a salir mal
- ✓ Se siente mal consigo mismo
- ✓ Se preocupa mucho, sobre piensa las cosas

• Conductuales:

- ✓ Pelea con otros frecuentemente
- ✓ No sigue las órdenes o reglas
- ✓ No comprende los sentimientos de los demás
- ✓ Molesta o se burla de los demás
- ✓ Culpa a los demás de sus problemas
- ✓ Se niega a compartir
- ✓ Coge cosas ajenas.

• Atencionales:

- ✓ Le cuesta estar tranquilo
- ✓ Muy pensativo
- ✓ Se distrae fácilmente
- ✓ Le cuesta concentrarse
- ✓ Es muy inquieto
- ✓ Tiene demasiada energía, entre otros.

El estudiante deberá ser atendido por el profesional de psicología del establecimiento de salud.



CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZANDO LA VACUNACION CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

La vacuna contra el virus del papiloma humano, forma parte del Esquema Nacional de Vacunación del Ministerio de Salud.

Se ofrece gratuitamente a las niñas y niños de 9 a 17 años.

BENEFICIOS:

- La vacuna previene la infección por el virus del papiloma humano (VPH) responsable del cáncer de cuello uterino, verrugas genitales y otros tipos de cáncer en niñas y niños
- La vacuna es efectiva y segura

VACUNA:

- Es segura, de calidad y de aplicación gratuita.
- Previene el cáncer de cuello uterino u otros tipos de cáncer, pero no cura en cáncer,

DOSIS:

- Se aplicará una dosis (01) a los niñas y niñas que no registran ninguna dosis,

POSIBLES REACCIONES DESPUES DE LA VACUNA:

Pueden presentarse en la zona de la aplicación: enrojecimiento, dolor en la zona de aplicación, alza térmica, que desaparecen dentro de las 48 horas de aplicación.

Otras reacciones poco frecuentes: fatiga, fiebre, náuseas, vómitos, reacciones alérgicas muy raras, que desaparecen en la siguiente 48 horas, si persisten acudir a un establecimiento de salud más cercano a su domicilio.

DECLARACION:

Yo,.....,
identificado (a) con DNI N°....., Padre, Madre o apoderado (a) de
....., identificado (a) con DNI
N°....., del aula de la IIEE N°
....., de constancia de haber sido informado sobre los
beneficios y posibles reacciones de la administración de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH).

Por lo tanto: autorizo al personal de salud la vacunación contra VPH a mi menor hija (o)

Fecha

Firma de padre/madre o apoderado