



PERÚ

Ministerio
de Educación

Despacho
Viceministerial de
Gestión Institucional

Dirección Regional de
Educación de Lima
Metropolitana

Unidad de Gestión Educativa
Local N° 05

Área de supervisión y
Gestión del Servicio
Educativo

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Lima, 22 de mayo de 2025

OFICIO MÚLTIPLE N.º 00106-2025-MINEDU/VMGI-DRELM-UGEL05/DIR-ASGESE

Señores(as)(itas).

DIRECTORES(AS) DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS PUBLICAS Y PRIVADAS DE LA JURISDICCIÓN DE LA UGEL 05.

San Juan de Lurigancho – El Agustino.

Presente.-

Asunto: PRESTACIONES Y ACCIONES DE SALUD PARA ESTUDIANTES DE LA EDUCACIÓN BÁSICA PREVISTAS PARA EL AÑO 2025

Referencia: a) Oficio Múltiple N° 0016-2025-MINEDU/VMGP-DIGC
b) Expediente ESINAD N° 450153-2025-DRELM

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, en atención al documento de la referencia, donde la Dirección General de Calidad de la Gestión Escolar del Ministerio de Educación, en el marco de la salud escolar, hace de conocimiento que las instituciones educativas del país, reciben una serie de prestaciones y acciones, provista por los establecimientos de salud dependientes del Ministerio de Salud. En ese sentido, es importante que las instancias educativas descentralizadas mantengan una estrecha relación con sus pares del sector Salud (establecimientos de salud).

Asimismo, se recuerda que las acciones y prestaciones que se desarrollan durante el presente año escolar se incorporan dentro de las actividades de gestión que favorece a nuestros estudiantes. Se establece las prestaciones que la IE recibirá, por ejemplo:

- Vacunación, de acuerdo a la edad del estudiante, en particular la vacuna contra Virus de Papiloma Humano para estudiantes de 5to grado en adelante.
- Consentimiento informado: debe ser firmado por la madre, padre o tutor, y es el único documento que expresa la autorización para que se proceda a la vacunación y a las prestaciones que se requieran en la IE.
- Ficha de referencia: los docentes completan esta ficha por cada estudiante. Si hay alguna alerta se le entrega al padre de familia para que lleve a su hija/o al establecimiento de salud.
- Fortalecimiento de capacidades a docentes.
- Supervisión de quioscos, cafeterías y comedores escolares.

Se adjunta, las prestaciones priorizadas, vacunas 2025, consentimiento informado y la ficha de referencia, lo cual se hace de conocimiento de su despacho para conocimiento y fines.

EXPEDIENTE: DIGC2025-INT-0450153

CLAVE: CF3EE5

Esto es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Ministerio de Educación, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web:

https://esinad.minedu.gob.pe/e_sinadmed_5VDD_ConsultaDocumento.aspx



Av. Perú S/N
Urb. Caja de Agua SJL, Lima - Perú
T: (01) 459-1135 / (01) 459-8490
(01) 459-0882 / (01) 286-5732

www.gob.pe/ugel05





PERÚ

Ministerio
de Educación

Despacho
Viceministerial de
Gestión Institucional

Dirección Regional de
Educación de Lima
Metropolitana

Unidad de Gestión Educativa
Local N° 05

Área de supervisión y
Gestión del Servicio
Educativo

El presente documento se suscribe el presente documento, en mérito a las facultades delegadas por la licenciada Jenny Keith Lara Quispe, directora de la UGEL 05, mediante la Resolución Directoral N° 0001- 2025/UGEL.05-SJL/EA.

Hago propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,

Mag. EMERITA DINA BRIO CALIZAYA

Jefe(e) del Área de Supervisión y Gestión del Servicio Educativo
Unidad de Gestión Educativa Local N° 05
San Juan de Lurigancho – El Agustino

DBC/C/J(e).ASGESE
DBC/C. ESSE
MINZL/T.ESSE



BRIO CALIZAYA Emerita
Dina FAU 20331166830 soft
JEFATURA(e) DE ASGESE
Doy V° B°
2025/05/22 16:31:25

FIRMA DIGITAL
MINISTERIO DE EDUCACIÓN

EXPEDIENTE: DIGC2025-INT-0450153 CLAVE: CF3EE5

Esto es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Ministerio de Educación, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web:

https://esinad.minedu.gob.pe/e_sinadmed_5VDD_ConsultaDocumento.aspx



Av. Perú S/N
Urb. Caja de Agua SJL, Lima - Perú
T: (01) 459-1135 / (01) 459-8490
(01) 459-0882 / (01) 286-5732

www.gob.pe/ugel05



ANEXO 1: PRESTACIONES PRIORIZADAS

GRUPO ETARIO	PRESTACIÓN
0 a 2 años	Evaluación del estado nutricional.
	Consejería nutricional o atención nutricional.
	Dosaje de hemoglobina.
	Suplementación con hierro.
	Vacunas según esquema regular.
	Niñas/os con anemia.
	Tratamiento de anemia.
	Tamizaje para detectar problemas de neurodesarrollo en niñas y niños de 2 años de edad.
	Consejería de prevención de riesgos en salud mental.
	Tamizaje positivo en problemas de neurodesarrollo (TEA, TDAH, lenguaje) en niñas y niños de 2 años de edad.
	Evaluación a niños ante la presencia de signos y síntomas de alarma de cáncer infantil.
3 a 5 años	Vacunas según esquema regular.
	Niñas/os de 3 a 4 años con vacuna contra la COVID-19.
	Dosaje de hemoglobina.
	Suplementación con hierro.
	Niñas/os con anemia.
	Tratamiento de anemia.
	Evaluación antropométrica.
	Consejería nutricional o atención nutricional.
	Evaluación de niños menores de 5 años con síntomas y signos sugestivos de tuberculosis.
	Evaluación a niños ante la presencia de signos y síntomas de alarma de cáncer infantil.
6 a 11 años	Evaluación antropométrica.
	Consejería nutricional o atención nutricional.
	Tamizaje de agudeza visual.
	Tamizaje de salud mental.
	Consejería de prevención de riesgos en salud mental.
	Tamizaje positivo con riesgo de presentar problemas de salud mental.
	Niñas/os de 5 a 11 años con vacuna contra la COVID-19.
	Niñas/os del 5° grado de primaria con vacuna del Virus del Papiloma Humano.
	Evaluación de niños de 6 a 11 años con signos y síntomas sugestivos de tuberculosis.
	Evaluación a niños ante la presencia de signos y síntomas de alarma de cáncer infantil.
	Dosaje de hemoglobina.
	Suplementación con hierro.
	Niñas/os con anemia.
	Tratamiento de anemia.
12 a 17 años	Evaluación nutricional antropométrica con IMC.
	Suplementación preventiva de sulfato ferroso más ácido fólico en mujeres adolescentes.
	Estudiantes adolescentes con consejería en salud sexual y reproductiva.
	Estudiantes adolescentes con consejería en alimentación saludable.
	Adolescentes de 12 a 17 años con vacuna contra la COVID-19.
	Adolescentes con tamizaje en salud mental con lista de síntomas pediátricos.
	Consejería de prevención de riesgos en salud mental.
	Adolescentes con tamizaje positivo con riesgo de presentar problemas de salud mental.
	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.
	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

ANEXO 2: VACUNACIÓN 2025

MES	VACUNA
Enero	• BCG, Hepatitis B • SPR 1era (sarampión, paperas y rubéola) • IPV 1era (antipolio inactivada) • Pentavalente 1era • REF APO 2do
Febrero	• SPR 1era • IPV 1era • Vacuna Dengue 2da • VPH (Virus del Papiloma Humano) • Día de la vacunación contra la COVID-19 (7/02)
Marzo	• VPH (Virus del Papiloma Humano) • SPR 1era • IPV 1era
Abril	• Semana de Vacunación en las Américas • Hepatitis A • IPV 2da
Mayo	• TDAP (difteria, tétanos y tos ferina acelular para gestantes) • IPV 2da • Influenza y Neumococo • Día nacional de la vacunación (29/05)
Junio	• IPV 2da • Influenza y Neumococo
Julio	• Pentavalente 3era • SPR 2da • IPV 3era
Agosto	• APO (antipolio oral), IPV • SPR 2da • IPV 3era
Setiembre	• SPR 1era • IPV 3era • 1era Jornada Nacional de Vacunación
Octubre	• VPH (Virus del Papiloma Humano) • 2da Jornada nacional de vacunación • Día mundial contra la Polio (24/10)
Noviembre	• 3era Jornada nacional de vacunación
Diciembre	• 4ta Jornada nacional de vacunación

ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRESTACIONES DE SALUD EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS

Yo(1)....., identificada/o con DNI N°, mamá (), papá () o apoderado () de mi menor hija/o....., identificada/o con DNI N°....., estudiante del nivel inicial () primaria () secundaria () del año/grado de la Institución Educativa....., en pleno uso de mis facultades deo constancia de haber recibido y entendido la información sobre los beneficios, seguridad y/o posibles reacciones de:

- Vacunas del esquema regular según verificación de estado vacunal.
- Vacunación contra la COVID-19.
- Suplementación preventiva con sulfato ferroso y ácido fólico (tabletas).
- Administración del Mebendazol/Albendazol para la desparasitación preventiva.
- Tamizaje de salud mental.

Por lo tanto, OTORGO MI CONSENTIMIENTO, para que el personal de salud realice el procedimiento que corresponde:

N°	Prestación	Autorizo (**)	No autorizo (**)
1	Vacunas del esquema regular según verificación de estado vacunal.		
2	Vacunación contra la COVID-19.		
3	Suplementación de hierro y ácido fólico.		
4	Desparasitación preventiva.		
5	Tamizaje de salud mental.		

(**) Marcar con una X

DE NO AUTORIZAR, POR FAVOR EXPLICAR MOTIVO:

.....

Firma de la madre/padre/apoderado



Huella digital

..... de 20.....

(1) Cuando la/el estudiante es mayor de edad es quien firma la autorización.

ANEXO 4: 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 <i>(Para ser llenado por el docente)</i>		ATENCIÓN POR EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD <i>(Para ser llenado por el profesional de salud)</i>	
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

Firma de la madre/padre/cuidador

Nombre:

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.
		*INFLUENZA	1RA DOSIS	*Poliomielitis.
	7 MESES	*INFLUENZA	2DA DOSIS	*Gripe
		*NUEMOCOCO	3RA DOSIS	*Neumonías graves, otitis, meningitis, sepsis, meningitis.
	12 MESES	*SPR *VARICELA	1RA DOSIS	*Sarampión, paperas, rubéola. *Varicela.
		*INFLUENZA	DOSIS ANUAL	*Gripe
	15 MESES	*ANTIAMARILICA. *HEPATITIS A.	DOSIS ÚNICA	*Fiebre amarilla. *Hepatitis A.
	18 MESES	*SPR	2DA DOSIS	*Sarampión, paperas, rubéola.
		*DPT *POLIO	1ER REFUERZO	*Tetános, difteria y tos ferina. *Poliomielitis.
INICIAL	2 AÑOS			
	3 AÑOS	*INFLUENZA	DOSIS ANUAL	*Gripe
	4 AÑOS	*DPT. *POLIO. *INFLUENZA	2DO REFUERZO DOSIS ANUAL	*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
- Dolor dental
- Dificultad para comer y/o dormir por dolor dental.
- Lesión de mancha blanca (que puede estar pigmentada color marrón)
- Cavidades en el diente.
- 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.
- Fiebre y sudoración nocturna.
- Pérdida de peso.
- Pérdida de apetito.
- Debilidad o cansancio.
- Dolor de espalda o pecho.

El estudiante debe acudir al establecimiento de salud más cercano para descartar de 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
- Fiebre sin causas, o por más de una semana
- Moretones o sangrado de nariz y encías
- Crecimiento tumoral o de ganglios
- Picazón en el cuerpo sin lesiones en la piel
- Cansancio fácil, palidez y anemia súbita.
- Pérdida de peso
- Dolor de cabeza y vómitos por la mañana por varios días
- Abdomen que crece rápidamente
- 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
- Se frota los ojos
- Entre cierra los ojos
- Ojo rojo
- Dolor de cabeza
- No copia la pizarra
- Confunde las letras o números
- Se acerca mucho al texto
- Visión borrosa

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.