



Republic of the Philippines
Department of Education
REGION V - BICOL
SCHOOLS DIVISION OFFICE OF CATANDUANES

09 August 2024

DIVISION MEMORANDUM
OSDS-SGOD-SHNU-DM- 381 s, 2024

DISSEMINATION OF NOTIFICATION LETTER AND CONSENT AND SUBMISSION OF THE NEEDED MASTER LIST OF ELIGIBLE LEARNERS (GRADE 1, GRADE 7, AND FEMALE GRADE 4) FOR THE RESUMPTION OF THE SCHOOL-BASED IMMUNIZATION PROGRAM

To: Assistant Schools Division Superintendent
Chief Education Supervisors, CID and SGOD
Education Program Supervisors
Public Schools District Supervisors
Elementary and Secondary School Heads
All Others Concerned

1. This pertains to the Memorandum No. 2024-0250 issued by the Department of Health (DOH) dated June 21, 2024 with subject: **Interim Guidelines on the Resumption of the School-Based Immunization (SBI) after the COVID-19 Pandemic**, which announces that the Department of Health (DOH) and in coordination with the Department of Education (DepEd), will resume the conduct of the School-Based Immunization Program to all learners of Grades 1 and 7, and female learners of Grade 4 against vaccine preventable diseases such as Measles, Rubella, Tetanus, Diphtheria, and Human Papilloma Virus.

2. Relative to this, all schools shall disseminate notification letters and consent forms to the parents or guardians prior to the SBI roll-out. The template for notification letter and informed consent may be accessed through: <https://bit.ly/SBIConsentForm>.

3. School heads also are hereby directed to **submit the official master list of their eligible learners Grades 1 and 7, and Female Grade 4**. Template for master list may be accessed through: <https://tinyurl.com/SBIReporting> and send to the email address **rosaurea.vargas@deped.gov.ph** on or before **August 20, 2024 (Tuesday)**. Questions and clarifications, may be address to **Nurse Rosa Aurea T. Vargas**, SBI Coordinator (0912-390-3805).

4. Compliance to this Memorandum is desired.

CECILE C. FERRO, CESO VI
Assistant Schools Division Superintendent
OIC, Office of the Schools Division Superintendent



Republika ng Pilipinas
Rehiyon _____



LIHIM NG PAUNAWA

PETSA: _____

DIBISYON: _____

PAARALAN: _____

ADDRESS: _____

Mahal na Magulang/Tagapatnubay,

Magbibigay ang Pampublikong Mababang Paaralan / Mataas na Paaralang ito ng pagbabakuna laban sa Tigdas-Rubella (Measles-Rubella) at Tetano-Dipterya (Tetanus-Diphtheria) sa mga batang *Grade 1* at *Grade 7*, sa koordinasyon ng Kagawaran ng Kalusugan (DOH) at ng Lokal na Pamahalaan (LGU).

Ang abisong ito ay inilalabas sa inyo bilang impormasyon ng mga aktibidad na isasagawa para sa SY 2024 - 2025. Kung mayroon kayong karagdagang mga tanong / kailangang linawin ukol sa bagay na ito, mangyaring makipag-ugnayan sa Punong-guro / Pinuno ng Paaralan.

Maraming salamat po.

Taos-pusong sumasainyo,

(Lagda at Pangalan ng Punong-guro/ Pinuno ng Paaralan)

PAGBIBIGAY NG PAHINTULOT

Ita ay pagpapatunay na nabasa at naunawaan ko ang impormasyon tungkol sa mga serbisyong pangkalusugan na nakalaang ibigay sa aking anak.

Pangalan ng Bata			Araw ng Kapanganakan (mm/dd/yyyy)	
Apelyido:	First Name:	Middle Name:	/ /	
Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan			Edad	Kasarian
Contact Number:	Pangalan ng Paaralan:			
PRE-VACCINATION CHECKLIST (Para sa magulang / tagapag-alaga na kumpletuhin)				
Ang iyong pahintulot ay kinakailangan bago mabakunahan ang iyong anak sa paaralan. Humingi ng sertipikasyon galing sa inyong doktor kung ito ay may ang anumang sumusunod na kalagayan (mangyaring lagyan ng tsek (✓) ang anumang kondisyon na mayroon ang bata):				
<input type="checkbox"/> Ang aking anak ay may kasaysayan ng matinding <i>allergy</i> sa bakunang laban sa tigdas o <i>tetanus-diphtheria</i> . <input type="checkbox"/> Ang aking anak ay may malubhang sakit: <input type="checkbox"/> <i>Primary immune – deficiency disease</i> <input type="checkbox"/> <i>Suppressed immune response from medications</i> <input type="checkbox"/> <i>Leukemia</i> <input type="checkbox"/> <i>Lymphoma</i> <input type="checkbox"/> Iba pang <i>generalized malignancies</i> <input type="checkbox"/> Wala, ang aking anak ay malusog.				
PAHINTULOT SA PAGBABAKUNA				
(Pakilagyan ng ✓ ang kahon)				
<input type="checkbox"/> Oo, papayagan kong mabigyan ng mga serbisyong pangkalusugan ang aking anak ayon sa rekomendasyon ng DOH. <input type="checkbox"/> Grade 1 (MR, Td) <input type="checkbox"/> Grade 7 (MR, Td) <input type="checkbox"/> Hindi, hindi ko pahihintulutan na makinabang ang aking anak sa mga serbisyong pangkalusugan dahil:				
Nauunawaan ko na sa pamamagitan ng hindi pagsasailalim sa kinakailangang pagbabakuna, maaaring mas mataas ang panganib ng aking anak na magkasakit ng mga karamdaman na maaaring maiwasan sa pamamagitan ng bakuna. Sa pamamagitan ng paglagda sa abisong ito, kinikilala ko na nabasa at naunawaan ko ang mga impormasyong ibinigay sa itaas. Kusang-loob kong pinipili na huwag pabakunahan ang aking anak ng mga kinakailangang bakuna para sa paaralan.				
_____ Pangalan at Lagda ng Magulang/Tagapag-alaga				



Republika ng Pilipinas
Rehiyon _____
LIHIM NG PAUNAWA



PETSA: _____

DIBISYON: _____
PAARALAN: _____
ADDRESS: _____

Mahal na Magulang/Tagapatnubay,

Magbibigay ang Pamublikong Mababang Paaralan / Mataas na Paaralang ito ng pagbabakuna laban sa *Human Papillomavirus* sa mga babaeng *Grade 4 estudyante*, sa koordinasyon ng Kagawaran ng Kalusugan (DOH) at ng Lokal na Pamahalaan (LGU).

Ang abisong ito ay inilalabas sa inyo bilang impormasyon ng mga aktibidad na isasagawa para sa SY 2024 - 2025. Kung mayroon kayong karagdagang mga tanong / kailangang linawin ukol sa bagay na ito, mangyaring makipag-ugnayan sa Punong-guro / Pinuno ng Paaralan.

Maraming salamat po.

Taos-pusong sumasainyo,

(Lagda at Pangalan ng Punong-guro/ Pinuno ng Paaralan)

PAGBIBIGAY NG PAHINTULOT

Ito ay pagpapatunay na nabasa at naunawaan ko ang impormasyon tungkol sa mga serbisyong pangkalusugan na nakalaang ibigay sa aking anak.

Pangalan ng Bata			Araw ng Kapanganakan (mm/dd/yyyy)	
Apelyido:	First Name:	Middle Name:	/ /	
Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan			Edad	Kasarian
Contact Number:	Pangalan ng Paaralan:			
PRE-VACCINATION CHECKLIST (Para sa magulang / tagapag-alaga na kumpletuhin)				
Ang iyong pahintulot ay kinakailangan bago mabakunahan ang iyong anak sa paaralan. Humingi ng sertipikasyon galing sa inyong doktor kung ito ay may ang anumang sumusunod na kalagayan (mangyaring lagyan ng tsek (✓) ang anumang kondisyon na mayroon ang bata):				
<input type="checkbox"/> Ang aking anak ay may kasaysayan ng matinding <i>allergy</i> sa bakunang laban sa <i>human papillomavirus</i> . <input type="checkbox"/> Ang aking anak ay may malubhang sakit: <input type="checkbox"/> <i>Primary immune – deficiency disease</i> <input type="checkbox"/> <i>Suppressed immune response from medications</i> <input type="checkbox"/> <i>Leukemia</i> <input type="checkbox"/> <i>Lymphoma</i> <input type="checkbox"/> Iba pang <i>generalized malignancies</i> <input type="checkbox"/> Wala, ang aking anak ay malusog.				
PAHINTULOT SA PAGBABAKUNA				
(Pakilagyan ng ✓ ang kahon)				
<input type="checkbox"/> Oo, papayagan kong mabigyan ng mga serbisyong pangkalusugan ang aking anak ayon sa rekomendasyon ng DOH. <input type="checkbox"/> Grade 1 (MR, Td) <input type="checkbox"/> Grade 7 (MR, Td) <input type="checkbox"/> Hindi, hindi ko pahihintulutan na makinabang ang aking anak sa mga serbisyong pangkalusugan dahil:				
Nauunawaan ko na sa pamamagitan ng hindi pagsasailalim sa kinakailangang pagbabakuna, maaaring mas mataas ang panganib ng aking anak na magkasakit ng mga karamdaman na maaaring maiwasan sa pamamagitan ng bakuna. Sa pamamagitan ng paglagda sa abisong ito, kinikilala ko na nabasa at naunawaan ko ang mga impormasyong ibinigay sa itaas. Kusang-loob kong pinipili na huwag pabakunahan ang aking anak ng mga kinakailangang bakuna para sa paaralan.				
Pangalan at Lagda ng Magulang/Tagapag-alaga				