

REGISTRO DE RESPALDO A RECHAZO DE VACUNACIÓN EN EL LACTANTE O NIÑA (O)

Con fecha _____ y mediante la presente, Yo _____

RUN _____ padre/madre o tutor de la menor _____

con domicilio _____, correspondiente al territorio a cargo del

Centro de Salud _____, por propia voluntad rechazo las vacunas:

Vacunas que protegen contra (Marque con una X)		Indique la dosis
<input type="checkbox"/>	Influenza	
<input type="checkbox"/>	Hepatitis B	
<input type="checkbox"/>	Meningococo	
<input type="checkbox"/>	Hepatitis A	
<input type="checkbox"/>	SRP	
<input type="checkbox"/>	Neumococo	
<input type="checkbox"/>	Otra:	

A la vez declaro haber sido informado/a previamente acerca de los riesgos que asumo al inmunizarlo/a (hospitalización, implicaciones y/o muerte causada por la enfermedad correspondiente). He sido informado/a además acerca del riesgo de contagio al que expongo a las personas que sean sus contactos y aseguro haber sido informado/a de que las vacunas son Obligatorias por el Decreto fuerza de Ley N°725 del Código Sanitario, por lo que el Centro de Salud tiene la facultad de hacer uso de la vía judicial con motivo de proteger a mi persona y al resto de la población.

MOTIVO DEL RECHAZO:

Adjuntar Certificado Médico con datos completos del paciente si el motivo es médico

Padre/Madre o Tutor
RUN y firma

Funcionario de Salud
RUN y firma