

REGISTRO DE RESPALDO A RECHAZO DE VACUNACIÓN

Con fecha _____ y mediante la presente, Yo _____

RUN _____ padre/madre o representante legal de _____
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
Influenza	
Hepatitis B	
Meningococo	
Hepatitis A	
SRP	
Neumococo	
Otra:	

A la vez declaro haber sido informado/a previamente acerca de los riesgos que asume la persona bajo mi cuidado al no ser inmunizado/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 su contacto y aseguro haber sido informado/a de que la Autoridad puede establecer la vacunación obligatoria conforme al Código Sanitario aprobado por el Decreto con fuerza de Ley N° 725 de 1967 del Ministerio de Salud 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 representado/a 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 representante legal
RUN y firma

Funcionario de Salud
Equipo de vacunación
RUN y firma

