

## 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
<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 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