



REGISTRO DE RESPALDO A RECHAZO DE VACUNACIÓN

Con fecha _____ y mediante la presente, Yo _____
RUN, _____ padre/madre o tutor de la menor _____,
RUN _____ con domicilio _____,
Perteneiente al Centro de Salud _____, por propia voluntad rechazo las
vacunas:

| Vacunas (Marque con una X) | Indique la dosis |
|----------------------------|------------------|
| BCG | |
| Pentavalente | |
| Neumocócica Conjugada | |
| Neumocócica Polisacárida | |
| Poliomielítica | |
| Tres vírica | |
| Meningocócica | |
| Hepatitis A | |
| dTp (acelular) | |
| VPH | |
| Influenza | |
| Otra: | |
| Otra: | |

Habiendo sido informado/a previamente del riesgo que corre el niño o niña al no ser inmunizado/a, tales como hospitalización, complicaciones y/o muerte y los riesgos de contagio a que expongo al resto de la población, 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 cual el Centro de Salud tiene la facultad de hacer uso de la vía judicial con motivo de proteger al niño o niña a mi cuidado legal.

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