

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
Influenza	
Hepatitis B	
Meningococo	
Hexavalente	
SRP	
Otra:	

A la vez declaro haber sido informado/a previamente acerca de los riesgos que asumo al no inmunizarlo/a (hospitalización, complicaciones 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