**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Perteneciente 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 Nº 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 TutorRUN y firma | Funcionario de SaludRUN y firma |