



REGISTRO DE RESPALDO A RECHAZO DE VACUNACIÓN

Con fecha _____ y mediante la presente,
Yo _____ con run _____ padre/madre o
representante legal de _____ RUN _____
de ____ años de edad, cursando _____ en el colegio _____
y con domicilio _____,
por propia voluntad rechazo la(s) vacuna(s):

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 vacunado/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:

Padre/Madre o Representante Legal

RUN y firma