



Colegio Antil Mawida
RBD25265-4
3121232-3121458
colegiosub@gmail.com

La Cisterna, 27 de mayo de 2022

COMUNICADO N ° 21

Señores padres, madres y apoderados
Presente
Asunto: **Campaña de vacunación influenza**

Estimada Comunidad Educativa : junto con saludar informamos que el Lunes 30 de mayo, entre las 14:00 y 16 :00 horas se realizara en nuestro establecimiento la vacunación contra la influenza para los estudiantes de **Tercero a Quinto año básico y estudiantes pendientes** , a cargo del Cesfam Eduardo Frei Montalva . En caso de **no autorizar** firmar el formulario que se adjunta.



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	
Tresvímica	
Meningocócica	
Hepatitis A	
dTp(accelular)	
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 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

DEPARTAMENTO DE VACUNAS E INMUNIZACIONES DIVISION PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES MINISTERIO DE SALUD

Atentamente,

Colegio Antil Mawida