



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