**Colegio Antil Mawida**

**RBD25265-4**

**3121232-3121458**

[**colegiosub@gmail.com**](mailto:colegiosub@gmail.com)

La Cisterna, 13 de Junio de 2022

Señores padres, madres y apoderados Presente

**COMUNICADO N°31**

Asunto: **Campaña de vacunación influenza**

Estimada Comunidad Educativa: junto con saludar, enviamos nuevamente este documento el cual es necesario que **llene en su totalidad en caso de rechazar la vacuna.**



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 |  |
|  | Tresvírica |  |
|  | 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.

**MOTIVODELRECHAZO**

**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 VACUNAS E INMUNIZACIONESDIVISION PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADESMINISTERIODESALUD***

Atentamente,

Colegio Antil Mawida