



REGISTRO DE RESPALDO A RECHAZO DE VACUNACION EN EL LACTANTE O NIÑA(O)

Con fecha \_\_\_\_\_ y mediante la presente, Yo \_\_\_\_\_  
 RUN \_\_\_\_\_ padre/madre o tutor de la menor \_\_\_\_\_  
 RUN \_\_\_\_\_ con domicilio \_\_\_\_\_  
 correspondiente al territorio a cargo del centro de Salud CESFAM MANUEL LUCERO, POR PROPIA  
 VOLUNTAD RECHAZO LAS VACUNAS:

Vacunas que protegen contra (marque con una x)	Indique la dosis
INFLUENZA	
HEXAVALENTE	
PREVENAR 13	
SRP	
NIMENRIX	
HEPATITIS A	
DPTa	
VPH	
OTRAS:	

A la vez declaro haber sido informado/a previamente acerca de los riesgos que asumo al no inmunizarlo/a ( hospitalización, complicaciones. 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 sus contactos y 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 a mi persona y el resto de la población .

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