

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

Con fecha \_\_\_\_\_ y mediante la presente, Yo \_\_\_\_\_  
 RUN \_\_\_\_\_ padre/madre o tutor de la menor \_\_\_\_\_ con domicilio  
 \_\_\_\_\_, correspondiente al territorio a cargo del  
 Centro de Salud \_\_\_\_\_, por propia voluntad rechazo las vacunas:

Vacunas que protegen contra (Marque con una X)	Indique la dosis
<input type="checkbox"/> Influenza	
<input type="checkbox"/> Hepatitis B	
<input type="checkbox"/> Meningococo	
<input type="checkbox"/> Hexavalente	
<input type="checkbox"/> SRP	
<input type="checkbox"/> Otra:	

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 al 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