

REGISTRO DE RESPALDO A RECHAZO DE VACUNACIÓN ESCOLAR

Con fecha ___/___/___ y mediante la presente, solicito a usted adjuntar información solicitada en el recuadro adjunto.

ESTABLECIMIENTO	
CURSO	
ALUMNO	
RUT	
APODERADO	
DOMICILIO	

Correspondiente al territorio a cargo del Centro de Salud CESFAM SAN PEDRO, por propia voluntad rechazó las vacunas:

Vacunas que protegen contra (Marque con una X)		Vacuna rechazada (Marque con una X)
☐	DTPA	
☐	VPH	
☐	SRP	

A la vez **declaro** haber sido informado/a previamente acerca de los **riesgos** que asumo al **no inmunizar** (*hospitalización, complicaciones y/o muerte causada por la enfermedad correspondiente*). He sido informado/a además acerca del **riesgo de contagio** al que exponga 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