



**REGISTRO DE RESPALDO A RECHAZO DE VACUNACIÓN
NIÑOS, NIÑAS Y/O ADOLESCENTES**

Centro de Salud _____

Con fecha _____ y mediante la presente, Yo _____

RUT: _____ padre/madre o tutor del (la) menor _____

RUT: _____ con domicilio en _____

Por propia voluntad rechazo las vacunas:

Vacuna	Dosis

Al suscribir este documento declaro:

- 1) Estar informado/a acerca del riesgo que corre el niño o niña a mi cargo al no ser inmunizado. Entre estos riesgos están los de contraer una enfermedad prevenible por vacuna, sufrir complicaciones e incluso la muerte a raíz de ella.
- 2) Estar informado/a acerca del riesgo a que expongo a la población al no contribuir con la vacunación del niño, niña y/o adolescente a mi cargo a la inmunidad del colectivo, la que ocurre gracias al logro de altas coberturas de vacunación.
- 3) Estar informado que, de acuerdo al ordenamiento legal chileno, las vacunas del Programa Nacional de Inmunizaciones son obligatorias, por lo que el Establecimiento de Salud tiene la facultad de hacer uno de la vía judicial con el fin de proteger la salud de quienes rechazan una vacuna incluida en el programa.

Motivo de rechazo:

Padre/Madre/Tutor
Rut y Firma

Funcionario de Salud
Rut y Firma

Si el motivo es médico, adjuntar certificado médico en el que conste la causa y los datos completos del paciente (nombre, apellidos, RUT, fecha)