**REGISTRO DE RESPALDO**

Lineamientos técnicos-operativos vacunación Antiinfluenza

**RECHAZO DE VACUNACIÓN POBLACIÓN GENERAL**

Fecha

Mediante el presente documento, Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUN edad con domicilio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

por voluntad propia:

Rechazo la administración de la vacuna contra la influenza a (nombre de/la menor):

, como su padre, madre o representante legal.

Declaro haber sido informado/a previamente acerca de los riesgos que asume la persona bajo mi cuidado al no ser vacunado/a (hospitalización, implicaciones y/o muerte causada por la enfermedad correspondiente).

He sido informado/a además acerca del riesgo de contagio al que me expongo y a las personas que sean mi contacto, y aseguro haber sido informado/a de que la Autoridad puede establecer la vacunación obligatoria conforme al Código Sanitario aprobado por el Decreto con fuerza de Ley Nº 725 de 1967 del Ministerio de Salud son Obligatorias por el Decreto fuerza de Ley Nº725 del Código Sanitario.

Por lo que cual, el Centro de Salud

podría interponer acciones judiciales que le sean conferidas mediante lo estipulado por el Ministerio de Salud en beneficio de la Salud Pública del país.

MOTIVO DEL RECHAZO:

Usuario/a que rechaza Funcionario de Salud

RUN y firma Equipo de vacunación

RUN y firma