



DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES

### REGISTRO DE RESPALDO A RECHAZO DE VACUNACIÓN

Centro de Salud \_\_\_\_\_

Con fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ y mediante la presente, Yo \_\_\_\_\_

RUN \_\_\_\_\_ padre/madre o tutor del (la) menor \_\_\_\_\_

RUN \_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_

Por propia voluntad rechazo las vacunas:

VACUNA	DOSIS

Al suscribir este documento declaro:

1. Estar informado 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. En el caso de una vacuna dirigida a mi persona, declaro estar informado acerca de que asumo riesgos similares a los descritos.
2. Estar informado acerca del riesgo a que expongo a la población al no contribuir, con mi vacunación o la del niño o niña 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 uso de la vía judicial con el fin de proteger la salud de quienes rechazan una vacuna incluida en el programa.

MOTIVO DEL RECHAZO:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Padre/Madre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Funcionario de Salud  
RUN y firma