



## REGISTRO DE RESPALDO A RECHAZO DE VACUNACIÓN

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

Vacunas (Marque con una X)	Indique la dosis
BCG	
Pentavalente	
Neumocócica Conjugada	
Neumocócica Polisacárida	
Poliomielítica	
Tres vírica	
Meningocócica	
Hepatitis A	
DTp (acelular)	
VPH	
Influenza	
Otra:	
Otra:	

Habiendo sido informado/a previamente del riesgo que corre el niño o niña al no ser inmunizado/a, tales como hospitalización, complicaciones y/o muerte y los riesgos de contagio a que expongo al resto de la población, 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 cual el Centro de Salud tiene la facultad de hacer uso de la vía judicial con motivo de proteger al niño o niña a mi cuidado legal.

### 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