



FORMULARIO RECHAZO VACUNA

Nombre Completo Alumno.....

RUT:

Con fecha y mediante la presente, Yo
....., Run, con domicilio
....., correspondiente al territorio a cargo del Cesfam Paulina Avendaño Pereda, por propia voluntad rechazo la siguiente vacuna

Curso		Vacuna Rechazada
1° Básico	Vacuna Contra el Sarampión Vacuna Contra Difteria-Tétanos-Tos Convulsiva	()
4° Básico	Vacuna Contra Papiloma Humano Niñas 1° dosis y niños	()
5° Básico	Vacuna Contra Papiloma Humano Niñas 2° dosis	()
8° Básico	Vacuna Contra Difteria-Tétanos-Tos Convulsiva Vacuna Contra Papiloma Humano Niñas 2° dosis	()

A la vez declaro haber sido informado/a previamente acerca de los riesgos que asumo al no inmunizar a mi hijo/a. He sido informado/a además del riesgo de contagio al que expongo a otras persona y que las vacunas son obligatorias por el decreto fuerza de Ley n° 725 del código sanitario, por lo cual 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 en caso de que el motivo sea médico.

Apoderado/a que Rechaza
Run Firma

Funcionario de Salud
Run Firma