



DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES

REGISTRO DE RESPALDO A RECHAZO DE VACUNACIÓN OBLIGATORIA

Con fecha _____ y mediante la presente, Yo _____
RUN, _____ con domicilio _____,
Perteneiente al Centro de Salud _____, por propia voluntad rechazo
las vacunas:

Vacunas (Marque con una X)	Indique la dosis
BCG	
Hepatitis B	
Polio Inyectable (IPV)	
dTpa	
dT	
Hexavalente	
SRP	
Antineumocócica conjugada (VNC13)	
Antineumocócica polisacárida (VNP23)	
INFLUENZA	
Antirrábica (VAR)	
Antimeningocócica conjugada ACWY	
VPH	
Hepatitis A	
Varicela	
Otra (Especificar):	

Al suscribir este documento declaro haber sido informado/a previamente del riesgo que corro 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 Exento de Ley N°68 y sus modificaciones, por lo que cual el Centro de Salud tiene la facultad de hacer uso de la vía judicial con motivo de protegerme.

MOTIVO DEL RECHAZO:

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

Beneficiario/a que
rechaza
RUN y firma

Funcionario de
Salud
RUN y firma