88

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| VACUNAS QUE PROTEGEN CONTRA (Marque con una X) INDIQUE LA DOSIS | | |
|  | Influenza |  |
|  | Hepatitis B |  |
|  | Meningococo |  |
|  | Hepatitis A |  |
|  | SRP |  |
|  | Neumococo |  |
|  | Otra: |  |

# REGISTRO DE RESPALDO A RECHAZO DE VACUNACIÓN

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

RUN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ padre/madre o representante legal de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con domicilio correspondiente al territorio a cargo del Centro de Salud\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por propia voluntad rechazo las vacunas:

Declaro haber sido informado/a previamente acerca de los riesgos que asume la persona bajo mi cuidado al no ser inmunizado/a (hospitalización, implicaciones y/o muerte causada por la enfermedad correspondiente). He sido informado/a además acerca del riesgo de contagio al que expongo a las personas que sean su 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 N0725 del Código Sanitario, por lo que el Centro de Salud tiene la facultad de hacer uso de la vía judicial con motivo de proteger a mi representado/a y al resto de la población.

MOTIVO DEL RECHAZO:

Adjuntar Certificado Médico con datos completos del paciente si el motivo es médico.



|  |  |
| --- | --- |
| Padre/Madre o representante legal | Funcionario de Salud |
| RUN y firma | Equipo de vacunación RUN y firma |