**REGISTRO DE RESPALDO**

**RECHAZO DE VACUNACIÓN CAMPAÑA ESCOLAR 2025**

Fecha

Mediante el presente documento, Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RUN , con domicilio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por voluntad propia y como su padre madre o representante legal **rechazo la administración de la(s) siguiente(s) vacuna(s):**

*Marque con una X la vacuna que NO quiere administrar, según el curso*

* **1° básico: dTpa (Difteria, Tétanos y Coqueluche)**
* **1° básico: SRP (Sarampión, Rubeola, Paperas)**
* **2° básico: SRP (Sarampión, Rubeola, Paperas)**
* **4° básico: VPH Nonavalente (Virus del Papiloma Humano)**
* **5° básico: VPH Nonavalente (Virus del Papiloma Humano)**
* **8° básico: dTpa (Difteria, Tétanos y Coqueluche)**

Nombre del/la escolar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

RUT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del curso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Declaro haber sido informado/a previamente acerca de los riesgos que asume la persona bajo mi cuidado al no ser vacunado/a (hospitalización, implicaciones y/o muerte causada por la enfermedad correspondiente).

He sido informado/a además acerca del riesgo de contagio al que se expone el/la escolar a mi cuidado y 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 Nº725 del Código Sanitario.

 Por lo que cual, el Centro de Salud **CESFAM EL ABRAZO DR. SALVADOR ALLENDE**

podría interponer acciones judiciales que le sean conferidas mediante lo estipulado por el Ministerio de Salud en beneficio de la Salud Pública del país.

MOTIVO DEL RECHAZO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 Padre/madre/tutor que rechaza Funcionario de Salud

 RUN y firma Equipo de vacunación

RUN y firma