

REGISTRO DE RESPALDO**RECHAZO DE VACUNACIÓN POBLACIÓN GENERAL**

Fecha _____

Mediante el presente documento, Yo _____

RUN _____, edad _____ con domicilio _____

por voluntad propia:

Rechazo la administración de la vacuna contra la influenza a (nombre de/la menor):

_____, como su padre, madre o representante legal.

Rechazo que me sea administrada la vacuna contra la influenza.

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 me expongo y a las personas que sean mi 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 N° 725 de 1967 del Ministerio de Salud son Obligatorias por el Decreto fuerza de Ley N°725 del Código Sanitario.

Por lo que cual, el Centro de Salud _____ 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 o Representante Legal
RUN y firma

Funcionario de Salud
Equipo de vacunación
RUN y firma

