REGISTRO DE RESPALDO A RECHAZO DE VACUNACIÓN
(1º. Basico)

Con fecha _____y mediante la presente, Yo **(apoderado/a)** _____ RUN, _____padre/madre o tutor de la **Alumna(o)** _____,

RUN_____ con domicilio _____,

Perteneciente al Establecimiento Educacional_____, por propia voluntad rechazo las vacunas:

Vacunas (Marque con una X)		
	Tresvírica (sarampión, rubeola y paperas)	
	Dtpa (disfteria, tetanos y tos convulsiva)	

Habiendo sido informado/a previamente del riesgo que corre el niño o niña 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 fuerza de Ley Nº 725 del Código Sanitario**, por lo que cual el Centro de Salud tiene la facultad de hacer uso de la vía judicial con motivo de proteger al niño o niña a mi cuidado legal.

MOTIVO DEL RECHAZO:

_____

_____

_____

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

Padre/Madre o Tutor
RUN y firma

Director Establecimiento Educacional
RUN y firma