



**REGISTRO DE RESPALDO A RECHAZO DE VACUNACIÓN
(4° y 5° Básico)**

Con fecha _____ y mediante la presente, Yo (**apoderado/a**) _____ RUN, _____ padre/madre o tutor de la **Alumna(o)** _____, RUN _____ con domicilio _____, Perteneiente al Establecimiento Educacional _____, por propia voluntad rechazo las vacunas:

| Vacunas (Marque con una X) | Indique la dosis |
|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> VPH 1° dosis, (4° año Básico) | |
| <input type="checkbox"/> VPH 2° dosis, (5° año Básico) | |

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 N° 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