



**REGISTRO DE RESPALDO A RECHAZO DE VACUNACIÓN
(8° Básico)**

Con fecha _____ 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 X
DPTA, 8° 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