

## 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

