

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 Nº 725 de 1967 del Ministerio de Salud son Obligatorias por el Decreto fuerza de Ley Nº725 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:_____

Usuario/a que rechaza
RUN y firma

Funcionario de Salud
Equipo de vacunación
RUN y firma

