



**FORMULARIO RECHAZO VACUNA**

**Nombre Completo Alumno**.....

**RUT:** .....

He hablado con el profesional, sobre la(s) vacuna (s) recomendada(s) que se indica(n) abajo.

Vacuna Recomendada		Vacuna Rechazada
( )	Vacuna Tresvirica	( )
( )	Vacuna dTpa	( )
( )	Vacuna Papiloma Humano	( )

Entiendo lo siguiente:

El propósito, beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) recomendada(s)

Las consecuencias de no recibir vacunas puede provocar:

- Contraer la enfermedad que la vacuna debería prevenir.
- La enfermedad puede ser transmitida a otras personas.

Sé que al rechazar las vacunas puedo poner el peligro la salud o la vida de mi hijo y de otras personas con las que mi hijo pueda entrar en contacto.

Sé que puedo discutir este asunto con el médico o enfermera de mi hijo en cualquier momento y puedo cambiar de opinión y aceptar que mi hijo sea vacunado en el futuro.

Reconozco que he leído y entendido completamente este documento en su totalidad y he recibido una copia de este rechazo de vacuna para mi documentación personal.

Por lo tanto rechazo la vacuna por la(s) siguiente(s) razón(es). Por favor marque todas las respuestas que apliquen.

- \_\_\_ Existe el riesgo de enfermar si recibe la vacuna.
- \_\_\_ No me gustan las agujas/jeringas.
- \_\_\_ Mis creencias filosóficas o religiosas no permiten que me vacune.
- \_\_\_ Existe contraindicación médica (favor detallar): \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_ Otra razón (favor detallar): \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_ No deseo compartir la razón por la cual no quiero vacunarme

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo del personal

\_\_\_\_\_  
Fecha