

**REGISTRO DE RESPALDO  
RECHAZO DE VACUNACIÓN CAMPAÑA ESCOLAR 2025**

Fecha \_\_\_\_\_

Mediante el presente documento, Yo \_\_\_\_\_

RUN \_\_\_\_\_, con domicilio \_\_\_\_\_

por voluntad propia y como su padre madre o representante legal **rechazo la administración de la(s) siguiente(s) vacuna(s):**

*Marque con una X la vacuna que NO quiere administrar, según el curso*

- 1° básico: dTpa (Difteria, Tétanos y Coqueluche)**
- 1° básico: SRP (Sarampión, Rubeola, Paperas)**
- 2° básico: SRP (Sarampión, Rubeola, Paperas)**
- 4° básico: VPH Nonavalente (Virus del Papiloma Humano)**
- 5° básico: VPH Nonavalente (Virus del Papiloma Humano)**
- 8° básico: dTpa (Difteria, Tétanos y Coqueluche)**

Nombre del/la escolar: \_\_\_\_\_

RUT \_\_\_\_\_, del curso \_\_\_\_\_.

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 se expone el/la escolar a mi cuidado y las personas que sean su 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 **CESFAM EL ABRAZO DR. SALVADOR ALLENDE** 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/tutor que rechaza  
RUN y firma

\_\_\_\_\_  
Funcionario de Salud  
Equipo de vacunación  
RUN y firma