

FORMULARIO DE RECHAZO A VACUNACIÓN INFLUENZA EN GRUPOS DE RIESGO

Con fecha ___/___/ 2020 y mediante la presente. Declaro que:

Yo _____, RUT _____ - ___

Fecha de Nacimiento ___/___/____. Nacionalidad: _____. Teléfono: _____.

Perteneciente al Centro de Salud Familiar Puerto Varas, por propia voluntad, rechazo la vacuna:

Vacunas que Protegen Contra (Maque con una X)	
<input type="checkbox"/>	Influenza
<input type="checkbox"/>	Neumococo

A la vez declaro que he sido informado (a) previamente acerca de los riesgos al no ser inmunizado (a) (hospitalización, complicaciones y/o muerte), el riesgo de contagio al que expongo a otras personas y 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 el Centro de Salud Familiar tiene la facultad de hacer uso de la vía judicial con motivo de proteger a mi persona y al resto de la población.

MOTIVO DEL RECHAZO:

Adjuntar Certificado Médico con datos completos del paciente si el motivo es médico.

Usuario que Rechaza

RUT – Firma

Funcionario de Salud

RUT - Firma



CENTRO DE SALUD FAMILIAR - CESFAM

Fono: 65-2779336
Errázuriz esq. Antonio Varas
Puerto Varas