

**CIRCULAR N° 04/2019**

Señor apoderado:

Informo a usted que el día 03 de abril del 2019, se vacunará a los alumnos dentro del establecimiento contra la INFLUENZA; solo recibirán esta vacuna los niños que tengan 5 años 11 meses y 29 días de edad.

**Vacuna Anti influenza:** “Influvac” del laboratorio Abbott

**Razones para no vacunar:**

- Reacción alérgica severas a algún componente de la vacuna en dosis previas
- Reacción alérgica severas al huevo
- Fiebre al momento de vacunación
- Enfermedades agudas severas
- Inmunodeprimidos, según indicación médica.

**Respuesta esperada:**

- Enrojecimiento en el área donde se inyecta
- Edema - Dolor
- Enduración de la equimosis (hematoma) esta reacción desaparece sin tratamiento de 1ª 2 días

**REGISTRO DE RESPALDO A RECHAZO DE VACUNACIÓN EN EL LACTANTE O NIÑA (O)**

Con fecha \_\_\_\_\_ y mediante la presente yo \_\_\_\_\_

Run \_\_\_\_\_ padre/madre o tutor de la menor \_\_\_\_\_

Con domicilio \_\_\_\_\_, correspondiente al territorio a cargo del Centro de Salud \_\_\_\_\_, por propia voluntad rechazo las vacunas:

Vacunas que protegen contra (Marque con una x)	Indique la dosis
Influenza	
Hepatitis B	
Meningococo	
Hexavalente	
SRP	
Otra:	

A la vez declaro haber sido informado / a previamente acerca de los riesgos que asumo al no inmunizarlo/ a (hospitalización, complicaciones y/o muerte causada por la enfermedad correspondiente), he sido informado/a además acerca del riesgo de contagio al que expongo a las personas que sean sus contactos y aseguro haber sido informado/a de que la vacunas son obligatorias por el Decreto fuerza de ley N° 725 DEL CÓDIGO SANITARIO, por lo que el Centro de Salud 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 los datos completos del paciente si el motivo es médico.

Padre/Madre o Tutor  
Run y Firma

Funcionario de Salud  
Run y Firma