

**Materia:** Rechazo de instrucción médica

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**REGISTRO DE RESPALDO DE RECHAZO DE VACUNACIÓN**

Con fecha, \_\_\_\_\_, en Puerto Montt

Yo, \_\_\_\_\_,

RUN: \_\_\_\_\_, mediante la presente rechazo instrucción médica del proceso de Vacunación Escolar 2021, la cual es una medida que beneficia a todos los niños/as de Chile, instruida por la autoridad de Salud Pública. Su aplicación tiene carácter OBLIGATORIO, por lo cual NO REQUIERE la autorización por medio de firma de consentimiento informado de los padres y/o apoderados, en conformidad con lo establecido en el artículo 32° del Código Sanitario, el decreto exento N°6 del 2010 y el decreto N°865 exento del 2015 y Decreto N° 31/2019 (VPH en niños).

Como responsable del menor \_\_\_\_\_,

RUN: \_\_\_\_\_, asumo las responsabilidades de no realizar la instrucción que indica por ley y entiendo los riesgos que esta acción conlleva.

**Motivo de rechazo:**

---

---

---

---

---

---

---

**Firma Responsable:** \_\_\_\_\_