



Colegio Pedro Apóstol "Educando para la Vida"

Puerto Alto, 1 Abril 2022

**Estimados Padres y Apoderados:
Pre Kinder a Quinto Básico**

Junto con saludar y esperando que cada uno de ustedes y sus familias se encuentren bien, queremos informar, que del vacunatorio San Gerónimo nos informaron el calendario de vacunación para los estudiantes de Pre Kinder a Quinto Básico que deben recibir la vacuna de la Influenza.

La vacunación se realizará en el establecimiento, durante la **jornada escolar** de los siguientes días:

Curso	Fecha de Vacunación
Pre Kinder a Segundo Básico	Martes 05 de Abril
Tercero Básico a Quinto Básico	Miércoles 06 de Abril

Si usted rechazará la vacunación de su estudiante, deberá presentar el formulario de Registro de Respaldo a rechazo de vacunación, que adjuntamos.

Saluda atentamente,




Maritza Correa Torres
Directora

REGISTRO DE RESPALDO A RECHAZO DE VACUNACIÓN

Con fecha _____ y mediante la presente, Yo _____

RUN _____ padre/madre o representante legal de _____
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
<input type="checkbox"/>	Influenza	
<input type="checkbox"/>	Hepatitis B	
<input type="checkbox"/>	Meningococo	
<input type="checkbox"/>	Hepatitis A	
<input type="checkbox"/>	SRP	
<input type="checkbox"/>	Neumococo	
<input type="checkbox"/>	Otra:	

A la vez declaro haber sido informado/a previamente acerca de los riesgos que asume la persona bajo mi cuidado al no ser inmunizado/a (hospitalización, implicaciones 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 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 el Centro de Salud tiene la facultad de hacer uso de la vía judicial con motivo de proteger a mi representado/a y al resto de la población.

MOTIVO DEL RECHAZO:

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

Padre/Madre o representante legal
RUN y firma

Funcionario de Salud
Equipo de vacunación
RUN y firma