



FORMULARIO RECHAZO A LA VACUNACION VPH

Yo, _____

RUT: _____

Edad: _____

Establecimiento Educativo: _____

Curso: _____

Padre, Madre, Cuidador o Tutor de la Menor (Encerrar en un círculo)

Nombre Completo: _____

RUN: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Edad: _____

Rechazo la vacuna **VPH** establecida por el Ministerio de Salud, para administración a niñas y niños de 4to y 5to *Año básico* después de haber recibido la información y educación correspondiente por parte del personal de Salud.

Estoy consciente de que la vacuna es obligatoria dado que no solo es importante vacunarse para protegerse a sí mismo, sino por la necesidad de alcanzar una alta cobertura que disminuya el riesgo de transmisión a mujeres y hombres no vacunados.

Las razones por las que rechazo la vacuna son las siguientes y me he informado en las siguientes fuentes:

.....de.....de 202....

FIRMA.....