

PRINCESS ANNE SCHOOL

CIRCULAR N°17/22

Stgo. 15 de marzo de 2022

VACUNA INFLUENZA – COVID- PLAN NACIONAL DE VACUNACIÓN
VIERNES 18 de MARZO

Sres. Apoderados:

Desde el CESFAM Recreo hemos recibido la siguiente información sobre las vacunas:

EL **VIERNES 18 DE MARZO** VENDRÁN A VACUNAR:

- **INFLUENZA** a los alumnos de **5° Básico** (Brazo izquierdo)
- **SARS COV-2** a los alumnos de **5° Básico** (Brazo derecho)
- **Rezagados del PNI Plan Nacional de Inmunización** pendientes del año pasado: 5°, 6°, 7° y 8° (Brazo derecho)

Se vacunará a todos los alumnos, salvo que Ud. envíe el RECHAZO DE VACUNACIÓN (que se adjunta)

La Dirección

AUTORIZO ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS A MI PUPILO (INFLUENZA- SARS COV-2 – PNI)

NOMBRE ALUMNO: _____

RUN: _____ CURSO: _____

NOMBRE APODERADO: _____

RUT: _____

FECHA: _____ FIRMA: _____



REGISTRO DE RESPALDO RECHAZO DE VACUNACIÓN

En San Miguel, a _____ de _____ del año 2022.

Yo _____ RUN, _____ apoderado

De: _____, RUN _____ rechazo la administración de la vacuna:

VACUNA	AUTORIZO	RECHAZO	OBSERVACIONES
INFLUENZA			
PNI escolar atrasada 2021			
SARCOV-2			

He sido informado de los riesgos y beneficios de la vacunación por profesional sanitario del Centro de Salud Familiar Recreo de la Comuna de San Miguel, comprendiendo lo siguiente:

- El propósito, beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s) recomendada(s)
- Las consecuencias de no recibir vacunas puede provocar:
- Contraer la enfermedad que la vacuna debería prevenir.
- La enfermedad puede ser transmitida a otras personas.
- Sé que al rechazar las vacunas puedo poner el peligro mi salud o la vida y de otras personas.

MOTIVO DEL RECHAZO

(ADJUNTAR CERTIFICADO MÉDICO SI ES EL MOTIVO)

ENTIENDO que puedo reconsiderar mi decisión en cualquier momento para solicitar la vacunación. Sé que puedo consultarte asunto en cualquier momento con el personal sanitario, así como solicitarles fuentes de información y cambiar de opinión en un futuro.

Reconozco que he leído y entendido completamente este documento y he recibido copia del mismo.

**Usuario que rechaza
Rut y firma**

**Funcionario de Salud
Rut y firma**