

FORMATO DE NO AUTORIZACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE VACUNAS DURANTE LA JORNADA DE VACUNACIÓN ESCOLAR

Yo, _____, identificado(a) con documento de identidad No. _____, en calidad de padre, madre, acudiente o representante legal del menor de edad relacionado a continuación, manifiesto que he recibido información clara, suficiente y comprensible sobre los beneficios, indicaciones, posibles efectos secundarios asociados a la aplicación de las vacunas recomendadas.

Después de recibir la información correspondiente y de haber tenido la oportunidad de resolver mis inquietudes, de manera libre, voluntaria y consciente, decido **NO autorizar** la aplicación de las vacunas programadas durante la jornada de vacunación realizada en la institución educativa.

Declaro que entiendo que la no aplicación de las vacunas puede aumentar el riesgo de contraer enfermedades inmunoprevenibles, así como generar complicaciones para la salud individual y colectiva.

Igualmente, manifiesto que asumo la responsabilidad de gestionar el inicio, continuar o completar la vacunación de mi hijo o hija en cualquiera de los puntos de vacunación habilitados por la red de servicios de salud del Distrito.

Datos del menor

Nombre completo: _____

Tipo y número de documento: _____

Curso: _____

Institución educativa: _____

Datos del acudiente

Teléfono de contacto: _____

Firma: _____

Fecha: ____/____/____