



Concepción, 11 abril de 2022.

INFORMATIVO SOBRE VACUNACIÓN CONTRA LA INFLUENZA

**SÓLO ALUMNOS DESDE
1°BASICO A 5°BÁSICO**

Estimados Padres y/o Apoderados

Junto con saludarles informo a ustedes, que el día **JUEVES 14 DE ABRIL ENTRE LAS 11:00 HRS A LAS 14:00 HRS.** se aplicará la vacuna Influenza correspondiente al año 2022, siendo la primera actividad del ministerio de salud en el contexto Campaña de Invierno. Esta es una medida instruida por la autoridad de salud pública y su aplicación tiene carácter OBLIGATORIO, por lo que no es necesaria la autorización por medio de firma de consentimiento informado de los padres y/o apoderados, según lo dispuesto en el Decreto Exento N°04 del 25 enero de 2022 "Dispone vacunación obligatoria contra influenza para el año 2022 grupo de población que indica."

Por lo anterior, se ha dispuesto la vacunación en establecimientos educacionales públicos y privados ya sea Sala cuna, Jardín infantil o Colegio, para todos los alumnos que se encuentren en el rango etario de **6 meses hasta 5ª básico.**

El objetivo sanitario de la Vacunación es prevenir mortalidad y morbilidad grave, en subgrupos de la población, definidos por las condiciones biomédicas que se asocian a mayor riesgo de muerte y complicaciones causadas o secundarias a infección por el virus Influenza. Dentro de estos subgrupos se encuentran los menores desde 6 meses hasta 10 años. (hasta 5° básico)

¿Quiénes no debiesen vacunarse?:

Aquellos menores que presenten alergia severa a los componentes de la vacuna, entre los cuales se encuentran: trazas de huevo (ovoalbúmina) y gentamicina. La inmunización deberá ser postergada en niños con fiebre o infección aguda. (Se adjunta colilla de rechazo si fuera el caso)

En ausencia de notificación u otra indicación por escrito, se asumirá que no existen contraindicaciones ni otros impedimentos para administrar la vacuna, por lo cual se procederá a vacunar a los alumnos.

- Los posibles efectos después de la vacuna corresponden a: dolor de cabeza, sudoración, fiebre, malestar general, escalofríos, fatiga y reacciones locales: enrojecimiento, dolor, en la zona de punción.

AQUELLOS APODERADOS QUE CONSIDEREN RECHAZAR LA VACUNA, FAVOR IMPRIMIR Y COMPLETAR EL SIGUIENTE FORMULARIO. PORTERIAMENTE HACERLO LLEGAR A NUESTRO COLEGIO



REGISTRO DE RESPALDO A RECHAZO DE VACUNACIÓN EN EL LACTANTE O NIÑA(O)

Con fecha _____ y mediante la presente, Yo _____

RUN _____ padre/madre o tutor de la menor _____,

RUN _____ 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"/> DT:	
<input type="checkbox"/> Rabia	
<input type="checkbox"/> Otra:	

A la vez declaro haber sido informado/a previamente acerca de los riesgos que asumo al no inmunizarlo/a (hospitalización, complicaciones 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 sus contactos y aseguro haber sido informado/a de que las vacunas 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 persona 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 Tutor

RUN y firma

Funcionario de Salud

RUN y firma