

Patient Name Label

### Formulario de Rechazo de Vacunas de Pediatría

He hablado con el doctor de mi hijo sobre la(s) vacuna(s) recomendada(s) que se indica(n) abajo. Entiendo lo siguiente:

- El propósito, beneficios, y riesgos de la(s) vacuna(s) recomendada(s)
- Las consecuencias de no recibir la vacuna pueden incluir:
  - contraer la enfermedad que la vacuna debería prevenir
  - la enfermedad puede ser transmitida a otras personas
  - mi hijo podría tener que faltar a la escuela, a la guardería de niños, no hacer deporte o no ir al trabajo durante los brotes de la enfermedad

He leído la(s) Declaración(es) de Información sobre Vacunas de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (*Centers for Disease Control and Prevention* o *CDC*), y he decidido rechazar la(s) vacuna(s) tal y como se indica en la columna con título "rechazada." Estoy autorizado a rechazar el tratamiento para este niño.

Recomendada		Rechazada
<input type="checkbox"/>	Vacuna contra la Hepatitis B	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Vacunas contra Difteria, Tétanos, Pertussis (Tos Ferina) Acelular: <i>DTaP, DT, Td, Tdap</i>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Vacuna contra la <i>Haemophilus influenzae</i> tipo B ( <i>Hib</i> )	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Vacuna conjugada contra el Neumococo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Vacuna contra el Polio ( <i>IPV</i> )	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Vacuna contra el Rotavirus	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Vacuna contra el Sarampión, Paperas y Rubéola ( <i>MMR</i> )	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Vacuna contra la Varicela	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Vacuna contra la Hepatitis A	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Vacuna contra la Influenza (gripe)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Vacuna contra el Meningococo	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano ( <i>HPV</i> )	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Otra _____	<input type="checkbox"/>

Sé que al rechazar las vacunas puedo poner en peligro la salud o la vida de mi hijo y de otras personas con las que mi hijo pueda entrar en contacto.

Sé que puedo discutir este asunto con el doctor de mi hijo en cualquier momento y que puedo cambiar de opinión y aceptar que mi hijo reciba la vacuna en el futuro.

Reconozco que he leído y entendido completamente este documento en su totalidad, y he recibido una copia de este rechazo de vacuna para mi documentación personal.

\_\_\_\_\_  
 Firma del padre/madre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Testigo del personal

\_\_\_\_\_  
 Fecha