



MINISTERO  
DELL'INTERNO

## FORMULARIO PARA EXPRESAR SU NEGATIVA A VACUNARSE

**Apellidos y nombre:** \_\_\_\_\_

**Lugar y fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**C.F. o STP:** \_\_\_\_\_

**Instalación de acogida:** \_\_\_\_\_

Para proteger la salud colectiva e individual, el Departamento de Salud Pública ofrece a todos los huéspedes que residen en los Centros de Acogida Extraordinarios (CAS) la posibilidad de vacunarse contra las siguientes enfermedades: Difteria, Tétanos, Tos Ferina, Sarampión, Paperas, Rubéola, Varicela, Poliomielitis, Hepatitis B.

### El abajo firmante declara que:

- Ha leído y comprendido el material informativo relacionado con las vacunas y las enfermedades que las mismas pueden prevenir;
- ha tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la(s) vacuna(s) y su estado de salud, obteniendo respuestas exhaustivas que comprendió;
- ha comprendido los beneficios y riesgos de la(s) vacuna(s), así como las consecuencias de un posible rechazo o renuncia a completar todo el ciclo planificado.

Además, consciente de que la falta de vacunación puede provocar la propagación de estas enfermedades con posibles consecuencias graves para mi salud y la de las personas a mi cercanas (familiares, otros huéspedes de la instalación), declaro bajo mi responsabilidad que no deseo realizar las siguientes vacunas:

- ☐ Vacunación contra la difteria, el tétanos y la tos ferina.
- ☐ Vacunación contra el sarampión, las paperas y la rubéola
- ☐ Vacunación contra la varicela
- ☐ Vacunación contra la hepatitis B
- ☐ Vacunación contra la poliomielitis

Por último, he sido informado que si presentara síntomas compatibles con las enfermedades enumeradas anteriormente tendré que informar inmediatamente al médico y a la persona de contacto del CAS.

Finalmente, declaro que he sido informado de la posibilidad de poder cambiar mi elección y realizar las vacunaciones programadas en cualquier momento.

Lugar y fecha

Firma (apellidos y nombre)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma Operador Sanitario

\_\_\_\_\_