**DECLARACIÓN DE RENUNCIA A LA VACUNACIÓN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Menor |  | Fecha de nacimiento |
| Padres / tutores |  | DNI |
|  | DNI |
| Profesional sanitario |  | Número de colegiado |

**Información previa**

Las autoridades sanitarias recomiendan la administración de las vacunas incluidas en el calendario de vacunaciones sistemáticas a todos los niños y adolescentes, y considera la vacunación como la mejor medida de prevención de las enfermedades infecciosas, tanto a nivel individual como de la comunidad, y además un derecho de los ciudadanos.

De acuerdo con el marco legal, la vacunación no es obligatoria. En caso de no aceptación de la vacunación o si se deniega su administración a la edad recomendada, se requiere la renuncia expresa.

**Declaración de los padres/tutores**

* He sido informado de la necesidad de administrar a mi hijo las vacunas sistemáticas del calendario infantil. También de sus ventajas e inconvenientes y he tenido la oportunidad de plantear mis dudas. Se me han proporcionado fuentes de información, como <http://vacunasaep.org/familias> , <http://enfamilia.aeped.es> y <http://www.familiaysalud.es>
* He recibido información sobre la importancia de las vacunas y del riesgo al que expongo a mi hijo por no aceptar la vacunación. Nuestro médico y enfermera nos han informado del elevado nivel de eficacia y seguridad de las vacunas.
* Me considero responsable de esta decisión. Asimismo, sé que puedo reconsiderarla y solicitar la vacunación de mi hijo en cualquier momento.
* A continuación, señalo aquellas vacunas que no quiero que sean administradas a mi hijo:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vacuna recomendada** | **Aceptación / rechazo** | |
| **Acepto esta vacuna** | **Rechazo esta vacuna** |
| Hepatitis B |  |  |
| Difteria, tétanos y tosferina acelular (DTPa o Tdpa) |  |  |
| Poliomielitis (vacuna inactivada) |  |  |
| *Haemophilus influenzae* tipo b |  |  |
| Meningococos ACWY |  |  |
| Meningococo C |  |  |
| Neumococo |  |  |
| Sarampión, rubeola y parotiditis |  |  |
| Tétanos y difteria (Td) |  |  |
| Varicela |  |  |
| Virus del papiloma humano |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Señale, con claridad, qué vacunas se aceptan y cuáles se rechazan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Firma del padre, madre o tutor**  Reconozco que he leído y entendido este documento y que he recibido una copia | **Firma del padre, madre o tutor**  Reconozco que he leído y entendido este documento y que he recibido una copia |  |
| Firma del profesional sanitario |
| Fecha | Fecha | Fecha |