

# 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)		
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b		
Meningococo C		
Neumococo		
Sarampión, rubeola y parotiditis		
Tétanos y difteria (Td)		
Varicela		
Virus del papiloma humano		

Señale con claridad qué vacunas acepta y cuáles rechaza

<b>Firma del padre, madre o tutor</b>	<b>Firma del padre, madre o tutor</b>	<b>Firma del profesional sanitario</b>
Reconozco que he leído y entendido este documento y que he recibido una copia	Reconozco que he leído y entendido este documento y que he recibido una copia	
Fecha	Fecha	Fecha