

## Negación de consentimiento a la vacunación Niños y adolescentes

Nota para el proveedor de atención médica: use este documento cuando un paciente se niega a recibir cualquier vacuna recomendada. Documentélo en el registro médico y recuerde documentar todas las negativas de vacunación en el Registro para Mejora del Cuidado de Salud de Michigan (Michigan Care Improvement Registry).

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ N.º de identificación del niño \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor del niño: \_\_\_\_\_

El proveedor de atención médica de mi hijo, \_\_\_\_\_, me informó que mi hijo (mencionado anteriormente) debe recibir las vacunas siguientes:

Recomendada	Vacuna	Negada	Motivo de la negativa
	Difteria, tétanos, tos ferina (DTaP)		
	Difteria, tétanos (DT o Td)		
	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo B (Hib)		
	Hepatitis A (Hep A)		
	Hepatitis B (Hep B)		
	Virus del Papiloma Humano (VPH)		
	Influenza		
	Sarampión, paperas, rubéola (MMR)		
	Meningococemia (MCV o MPSV)		
	Vacuna antineumocócica (PCV o PPSV)		
	Polio (IPV)		
	Rotavirus (RV)		
	Tétanos, difteria, tos ferina (Tdap)		
	Varicela (Var)		
	Otra: _____		

He leído las Declaraciones de Información sobre Vacunación de los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades donde indican la(s) vacuna(s) y enfermedad(es) que previenen. El proveedor de atención médica de mi hijo me explicó (y entendí) lo siguiente:

- El **objetivo** de vacuna recomendada.
- Los **riesgos y beneficios** de la vacuna recomendada.
- La(s) **posible(s) consecuencia(s)** de no permitir que mi hijo reciba la vacuna recomendada incluyen contraer la enfermedad que la vacuna debía prevenir y transmitir la enfermedad a otros.
- Mi médico, la Academia Americana de Pediatría, la Academia Americana de Médicos de Familia, los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan **recomiendan** recibir la(s) vacuna(s).

El proveedor de atención médica respondió a todas mis preguntas.

Sé que puedo cambiar de opinión y aceptar la(s) vacuna(s) para mi hijo en el futuro.

Asumo la exclusiva responsabilidad de toda consecuencia que surja como resultado de negarme a vacunar a mi hijo.

Reconozco que he leído y entendido este documento por completo.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Hora

He tenido la oportunidad de volver a considerar la decisión de no vacunar a mi hijo y aún me rehúso a aceptar las vacunas recomendadas:

Iniciales del padre \_\_\_\_\_ Fecha/Hora \_\_\_\_\_ Iniciales del padre \_\_\_\_\_ Fecha/Hora \_\_\_\_\_

Iniciales del padre \_\_\_\_\_ Fecha/Hora \_\_\_\_\_ Iniciales del padre \_\_\_\_\_ Fecha/Hora \_\_\_\_\_

Iniciales del padre \_\_\_\_\_ Fecha/Hora \_\_\_\_\_ Iniciales del padre \_\_\_\_\_ Fecha/Hora \_\_\_\_\_

Tenga en cuenta que este documento no es un formulario de exención. Un formulario de exención es un documento que se puede firmar cuando usted se está eximiendo de vacunas que se requieren por el programa escolar y de cuidado infantil. Consulte [www.michigan.gov/immunize](http://www.michigan.gov/immunize) para obtener más información sobre las exenciones.

*Adaptado de la Academia Americana de Pediatría (AAP, por sus siglas en inglés)*