



COMUNICADO OFICIAL N° 17

Arica, domingo 22 de agosto de 2021

Estimados Estudiantes, Padres y Apoderados:

Junto con saludar, informamos que durante la semana entrante se desarrollará la Campaña de Vacunación Escolar 2021¹.

Nivel	Vacuna	Protección	Fecha
1º Básico	Tres Vírica	Sarampión, Rubeola y Paperas	Martes 24 de Agosto
1º y 8º Básico	DTP (acelular)	Difteria, Tétanos y Tos Convulsiva	Martes 24 de Agosto
4º Básico	VPH (primera dosis en niños y niñas)	Infecciones por Virus Papiloma Humano	Miércoles 25 de Agosto
5º Básico	VPH (segunda dosis en niños y niñas)	Infecciones por Virus Papiloma Humano	Miércoles 25 de Agosto

La vacunación se desarrollará durante la jornada de clases, por lo que se realizará la organización interna correspondiente para que accedan todos los estudiantes que se encuentran asistiendo presencialmente. En el caso de los estudiantes online, quedará justificada su inasistencia a clases virtuales para concurrir en la fecha indicada a nuestra **sede de Sotomayor** por el acceso al patio grande conocido como “**Portón de San Martín**”. Entre las 09:30 y las 12:30 en los niveles de Jornada Mañana, y entre las 14:15 y las 16:00 para el nivel 1º Básico de la Jornada Tarde.

Dado que este proceso de vacunación es obligatoria², en caso que Ud. como apoderado rechace este beneficio de salud pública deberá presentar un escrito (se adjunta Formulario) o un certificado médico el día de la vacunación. En caso que el estudiante haya sido vacunado, por favor omitir este Comunicado.

Sin otro particular³, les saluda atentamente,

H. J. OMAR ROJAS ROJAS
DIRECTOR
NORTH AMERICAN COLLEGE

¹ Según lo dispuesto por en el artículo N°32 del Código Sanitario; en los artículos N°4 y N°7 del DFL N°1 de 2005 del Ministerio de Salud, Ley N°2.763.

² Según lo dispuesto en los Decretos Exentos N°6 del 2010 y el N°33 del 2020, ambos de la Subsecretaría de Salud Pública.

³ Todos los Comunicados disponibles en www.northamerican.cl sección *Comunicaciones*. También mantenemos siempre como canales oficiales de comunicación la aplicación Notasnet y el correo electrónico institucional.



REGISTRO DE RESPALDO A RECHAZO DE VACUNACIÓN

Con fecha _____ y mediante la presente, Yo _____
RUN, _____ padre/madre o tutor de la menor _____,
RUN _____ con domicilio _____,
Perteneiente al Centro de Salud _____, por propia voluntad rechazo las
vacunas:

Vacunas (Marque con una X)	Indique la dosis
BCG	
Pentavalente	
Neumocócica Conjugada	
Neumocócica Polisacárida	
Poliomielítica	
Tres vírica	
Meningocócica	
Hepatitis A	
DTp (acelular)	
VPH	
Influenza	
Otra:	
Otra:	

Habiendo sido informado/a previamente del riesgo que corre el niño o niña al no ser inmunizado/a, tales como hospitalización, complicaciones y/o muerte y los riesgos de contagio a que expongo al resto de la población, aseguro haber sido informado/a de que las vacunas son Obligatorias por el Decreto fuerza de Ley N° 725 del Código Sanitario, por lo que cual el Centro de Salud tiene la facultad de hacer uso de la vía judicial con motivo de proteger al niño o niña a mi cuidado legal.

MOTIVO DEL RECHAZO:

Adjuntar Certificado Médico con datos completos del paciente si el motivo es médico

Padre/Madre o Tutor
RUN y firma

Funcionario de Salud
RUN y firma