

Eu _____,

portadora do RG nº _____ e CPF _____, residente na _____

Doula, no perfeito uso de minhas faculdades físicas e mentais, responsabilizo-me pela **RECUSA** em tomar a **VACINA**:

- Gripe**
- Hepatite B**
- Dupla Adulto (Difteria e Tétano)**
- Tríplice Viral (Caxumba; Sarampo e Rubéola)**

Motivo da **RECUSA**:

- Sou vacinado(a), não tenho comprovante**
- Sou alérgico aos componentes da vacinado**
- Estou ciente do resultado reagente para Anti – Hbs**
- Outros:** _____

Recebi as informações a respeito da importância da vacinação e assumo integralmente todos e quaisquer riscos decorrentes de minha decisão. Fui informada também que poderei procurar o Setor de Relacionamento do Hospital Sepaco caso eu mude minha decisão.

São Paulo, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura da Doula.