



Nombre de empleado \_\_\_\_\_ KSU ID # \_\_\_\_\_

Correo electrónico del empleado \_\_\_\_\_

Departamento \_\_\_\_\_ Supervisor \_\_\_\_\_

**Declaración de consentimiento para la vacuna contra la hepatitis B**

Entiendo que debido a mi exposición ocupacional a sangre u otros materiales potencialmente infecciosos, puedo correr el riesgo de contraer una infección y es posible que deba vacunarme contra la hepatitis B. Con este entendimiento, he hecho mi selección a continuación:

Marque uno:

\_\_\_\_\_ Me gustaría recibir la vacuna contra la hepatitis B a través de mi empleador, la Universidad Estatal de Kennesaw.

\_\_\_\_\_ Previamente fui vacunado contra la Hepatitis B fuera de la Universidad Estatal de Kennesaw

Localización \_\_\_\_\_ Fecha en que se completó la serie \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Deseo rechazar la vacunación contra la hepatitis B en este momento, y acepto y entiendo la información contenida en la Declaración de rechazo de la vacuna contra la hepatitis B a continuación.

**Declaración de rechazo de la vacuna contra la hepatitis B**

La siguiente declaración rechazando la vacuna contra la Hepatitis B debe ser firmada por cualquier empleado que esté en riesgo de exposición ocupacional al Virus de la Hepatitis B (VHB), y él/ella:

- Se le ha ofrecido la vacuna sin costo alguno,
- Elige no aceptar la vacuna, y
- Ha recibido capacitación sobre la hepatitis B, la vacunación contra la hepatitis B, la eficacia, la seguridad, el método de administración y los beneficios de la vacunación.

Entiendo que debido a mi exposición ocupacional a la sangre humana u otros materiales potencialmente infecciosos, puedo correr el riesgo de contraer la infección por el virus de la hepatitis B (VHB). Se me ha dado la oportunidad de vacunarme con la vacuna contra la hepatitis B sin costo alguno para mí.

Entiendo que al rechazar esta vacuna, continúo en riesgo de contraer Hepatitis B, una enfermedad grave. Si en el futuro sigo teniendo exposición ocupacional a sangre humana u otros materiales potencialmente infecciosos y quiero vacunarme con la vacuna contra la hepatitis B, puedo recibir la serie de vacunas sin costo alguno para mí.

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Nota: Esta declaración no es un rechazo. Los empleados pueden solicitar y recibir la vacuna contra la Hepatitis B en cualquier momento si continúan en riesgo de contraer el Virus de la Hepatitis B.**