

Auxiliar Odontológico Bilingüe

Lista de verificación de requisitos de salud

Se requiere que todos los estudiantes de Ciencias de la Salud de MATC completen y carguen los requisitos de salud antes de solicitar los cursos que contienen un componente clínico. La Facultad de Ciencias de la Salud (School of Health Sciences) de MATC se ha asociado con CertifiedBackground.com para verificar los expedientes de salud de todos los estudiantes de Ciencias de la Salud de MATC. El estudiante es responsable del costo de la verificación de los expedientes de salud (\$35).

Siga los pasos de abajo para completar el proceso de verificación del expediente de salud electrónico CertifiedBackground (CB).

- 1 Visite el sitio web CertifiedBackground.com: www.certifiedbackground.com
- 2 Haga clic en "Student" (Estudiante).
- 3 Ingrese el "Package Code" (Código de paquete) MF31im (el código de paquete es específico para el programa de Auxiliar Odontológico Bilingüe).
- 4 Siga las instrucciones para configurar su cuenta de CB.

*Usted es responsable de pagar el costo del examen médico y las vacunas. Usted puede recibir servicios de atención médica en su departamento de salud local o puede llamar al 1-866-211-3380 para acceder a una lista de clínicas de su zona. *Si se acepta a un estudiante en los cursos técnicos centrales mediante una solicitud, dicho estudiante recibirá instrucciones para completar una prueba de detección de drogas obligatoria. El costo de la prueba de detección de drogas tiene un valor adicional de \$34 por prueba.

A COMPLETAR:

- Reconocimiento de las funciones esenciales: Formulario de capacidades funcionales**
- Requisitos de certificación médica**
 - 1) **Certificación de buen estado de salud del estudiante completada por un médico, un auxiliar médico o un enfermero profesional**
 - 2) **Vacunas**
 - a) **1.^a y 2.^a dosis** de la vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR) **O**
 - b) Valores de sarampión **Y** rubéola (debe adjuntar los resultados del laboratorio) **Y**
 - c) Varicela: prueba de haber tenido varicela o de vacunación contra la varicela según firmas médicas autorizadas **O** valores de varicela (debe adjuntar los resultados del laboratorio)
 - 3) **Prueba cutánea de la TB, paso 1 y paso 2**
(dos pruebas cutáneas de la TB con un intervalo de 30 días entre cada una)
 - a) Radiografía de tórax, solo si la prueba cutánea de la TB dio resultado positivo
 - b) Opción de análisis de sangre para la prueba Quantiferon-TB Gold
 - 4) **Vacunación contra el tétanos**

- 5) **Formulario de exención de administración de la vacuna contra la hepatitis B:** que esté firmado y que verifique el estado de hepatitis B
- 6) **RCP:** Asociación Estadounidense del Corazón (AHA), proveedor de atención médica (cargue una copia de su credencial)
- 7) **Formulario de aceptación del manual de Ciencias de la Salud**
- 8) **Formulario de exención de responsabilidad por la ubicación de campo o clínica**

MILWAUKEE AREA TECHNICAL COLLEGE
Facultad de Ciencias de la Salud
Funciones esenciales para el
programa de Auxiliar Odontológico Bilingüe

La Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA) prohíbe la discriminación hacia personas con discapacidades. Para cumplir esta ley, MATC toma todas las medidas necesarias para garantizar una educación de calidad para todos los estudiantes. Es nuestra obligación informar a los estudiantes sobre las funciones esenciales necesarias para este programa y esta ocupación.

Los estudiantes que requieran adaptaciones o servicios especiales para cumplir las funciones esenciales del programa deben comunicarse con Servicios de Adaptación para Estudiantes de MATC en cualquier campus de MATC.

Los estudiantes de este programa se encuentran con los siguientes estándares de desempeño físico, cognitivo y ambiental.

FUNCIONES ESENCIALES

	Nunca	A veces 1 % a 30 %	Con frecuencia 31 % a 75 %	Siempre 76 % a 100 %	Con frecuencia es a diario	Esencial para el trabajo	
						Sí	No
ORALIDAD							
Hablar inglés con claridad				X	X	X	
Comunicarse en inglés con claridad				X	X	X	
AUDICIÓN							
Conversación				X	X	X	
Por teléfono			X			X	
VISTA							
Natural o corregida sin asistencia				X	X	X	
Percepción de la profundidad				X	X	X	
Visión de los colores			X		X	X	
MOVILIDAD utilizando cada extremidad (derecha e izquierda) según corresponda							
Levantar, empujar o jalar: 50 lb		X					X
Hombro				X	X	X	
Brazo				X	X	X	
Cuello				X	X	X	
Estar de pie		X			X	X	
Moverse por las instalaciones				X	X	X	
Inclinarse			X		X	X	
Arrastrarse	X						X
Arrodillarse	X						X

	Nunca	A veces 1 % a 30 %	Con frecuencia 31 % a 75 %	Siempre 76 % a 100 %	Con frecuencia es a diario	Esencial para el trabajo	
						Sí	No
Girar el cuerpo	X					X	
Correr	X						X
Caminar			X		X	X	
Subir	X						X
escaleras	X						X
otros	X						X
ALCANZAR OBJETOS usando cada extremidad (derecha e izquierda) según corresponda							
Por encima de la cabeza			X		X	X	
Frente al cuerpo				X	X	X	
Del piso				X	X	X	
AGARRAR OBJETOS							
Por encima de la cabeza			X		X	X	
Frente al cuerpo				X	X	X	
Del piso				X	X	X	
SENTARSE				X	X	X	
OLER	X					X	
SABOREAR	X						X
CONTROL DE LA MOTRICIDAD FINA (trabajar con objetos pequeños y usar ambas manos [derecha e izquierda])				X	X	X	
Manos				X	X	X	
Dedos/Sentido del tacto (la capacidad de sentir al tocar)				X	X	X	
Muñeca				X	X	X	
COORDINACIÓN							
Ojo/mano con ambas manos/brazos				X	X	X	
Ojo/mano/pie con ambas manos/brazos/pies				X	X	X	
ALERGIAS Y SENSIBILIDADES							
Tolerancia al látex				X	X	X	
Otras alergias a productos químicos, etc.							
FACTORES COGNITIVOS Y MENTALES							
RAZONAMIENTO							
Trabajar con variables abstractas y concretas, definir problemas, recolectar datos, establecer hechos y sacar conclusiones válidas						X	

	Nunca	A veces 1 % a 30 %	Con frecuencia 31 % a 75 %	Siempre 76 % a 100 %	Con frecuencia es a diario	Esencial para el trabajo	
						Sí	No
Interpretar instrucciones proporcionadas de forma oral o escrita, en forma de diagrama o en forma de programa						X	
Hacer frente a los problemas de las situaciones estándares						X	
Llevar a cabo instrucciones escritas u orales detalladas pero simples						X	
Llevar a cabo instrucciones de uno o dos pasos						X	
MATEMÁTICAS							
Competencias complejas: matemáticas empresariales, álgebra, geometría o estadística							X
Competencias simples: sumar, restar, multiplicar y dividir números enteros y fracciones, calcular el tiempo y medidas simples						X	
LECTURA (Todo se aplica en inglés)							
Competencias complejas: comprender expedientes médicos, manuales, revistas, instrucciones de uso y mantenimiento de equipos, normas y procedimientos de seguridad y dibujos						X	
Competencias simples: comprender instrucciones o anotaciones sencillas de un libro de registro						X	
ESCRITURA (Todo se aplica en inglés)							X
Competencias complejas: preparar documentación médica y resúmenes de informes siguiendo un formato estipulado y respetando todas las normas de puntuación, ortografía, gramática, dicción y estilo							

	Nunca	A veces 1 % a 30 %	Con frecuencia 31 % a 75 %	Siempre 76 % a 100 %	Con frecuencia es a diario	Esencial para el trabajo	
						Sí	No
Competencias simples: redactar oraciones en inglés que tengan sujeto, verbo y objeto, escribir nombres y direcciones, completar una solicitud de empleo o anotaciones en un libro de registro						X	
PERCEPCIÓN							
Espacial: capacidad de comprender las formas en el espacio y de entender las relaciones de los objetos planos y sólidos; a menudo se describe como la capacidad de “visualizar” objetos de dos o tres dimensiones o de pensar visualmente en formas geométricas							X
Forma: capacidad de percibir los detalles pertinentes en los objetos o en el material pictórico o gráfico; hacer comparaciones y discriminaciones visuales y ver diferencias pequeñas en las formas y los matices de las figuras y en el ancho y la longitud de las líneas						X	
TRABAJO DE OFICINA (Todo se aplica en inglés)							
Capacidad de percibir detalles pertinentes en material verbal o tabulado, observar diferencias de copia, revisar palabras y números, y evitar errores de percepción en el cálculo aritmético						X	
DATOS							
Síntesis							X
Coordinación							X
Análisis						X	
Recopilación						X	
Computación							X
Copia						X	
Comparación						X	

	Nunca	A veces 1 % a 30 %	Con frecuencia 31 % a 75 %	Siempre 76 % a 100 %	Con frecuencia es a diario	Esencial para el trabajo	
						Sí	No
CARACTERÍSTICAS PERSONALES							
Capacidad de comprender y seguir instrucciones						X	
Capacidad de realizar tareas sencillas y repetitivas						X	
Capacidad de mantener un ritmo de trabajo adecuado a una determinada carga de trabajo						X	
Capacidad de relacionarse con otras personas más allá de dar y recibir instrucciones						X	
Capacidad de influir en las personas						X	
Capacidad de realizar tareas complejas o variadas						X	
Capacidad de hacer generalizaciones, valoraciones o tomar decisiones sin supervisión inmediata						X	
Capacidad de aceptar y desempeñar la responsabilidad de dirección, control y planificación						X	
FACTORES AMBIENTALES							
Trabajar en un lugar cerrado						X	
Trabajar al aire libre							X
Exponerse a temperaturas extremas de calor o frío							X
Trabajar en alturas sin protección							X
Estar cerca de maquinaria en movimiento						X	
Exponerse a cambios notables de temperatura/humedad							X
Exposición a polvo, vapor, humo, gases, olores, niebla u otras partículas irritantes (aerosoles de equipos)						X	

	Nunca	A veces 1 % a 30 %	Con frecuencia 31 % a 75 %	Siempre 76 % a 100 %	Con frecuencia es a diario	Esencial para el trabajo	
						Sí	No
Exponerse a productos químicos tóxicos o cáusticos						X	
Exponerse a ruidos excesivos						X	
Exponerse a la radiación o a la energía eléctrica						X	
Exponerse a solventes, grasa o aceites						X	
Exponerse a superficies resbaladizas o irregulares para caminar							X
Trabajar en espacios reducidos						X	
Usar un monitor de computadora						X	
Trabajar con explosivos							X
Exponerse a vibración						X	
Exponerse a llamas o productos en llamas						X	
Trabajar solo						X	
Trabajar cerca de otras personas						X	
Trabajar con otras personas						X	
Exposición a sangre y otros materiales potencialmente infecciosos (OPIM)						X	
EQUIPO DE SEGURIDAD (DE USO OBLIGATORIO)							
Gafas de seguridad						X	
Mascarilla facial/Protector facial						X	
Tapones para los oídos							X
Casco							X
Ropa de protección						X	
Guantes de protección						X	

Si tiene alguna pregunta o quiere analizar en detalle las funciones esenciales requeridas para este programa, llame a la oficina de División de Ocupación Médica al 414-297-6263.

MILWAUKEE AREA TECHNICAL COLLEGE
Facultad de Ciencias de la Salud
Funciones esenciales para el
programa de Auxiliar Odontológico Bilingüe

_____ He leído y entendido las funciones esenciales para este programa.

_____ Tengo la capacidad de cumplir las funciones esenciales según lo especificado.

(Nombre del programa en letra de imprenta)

(Firma)

(Fecha)

La Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA) prohíbe la discriminación hacia personas con discapacidades. Para cumplir esta ley, MATC toma todas las medidas necesarias para garantizar una educación de calidad para todos los estudiantes. Es nuestra obligación informar a los estudiantes sobre las funciones esenciales que demandan este programa y esta ocupación.

Los estudiantes que requieran adaptaciones o servicios especiales para cumplir las funciones esenciales del programa deben comunicarse con Servicios de Adaptación para Estudiantes de MATC en cualquier campus de MATC.

_____ Requero las siguientes adaptaciones para cumplir las funciones esenciales que se especifican y he proporcionado la documentación de respaldo de mi proveedor de atención médica a Servicios de Adaptación para Estudiantes de MATC.

(Firma)

(Fecha)

El solicitante debe: 1) cargar el formulario original completado en su perfil de CertifiedBackground, 2) conservar una copia para sus registros.

www.certifiedbackground.com

CERTIFICACIÓN MÉDICA

(Nombre y dirección en letra de imprenta)

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____
DIRECCIÓN: _____ Ciudad/Estado _____ Código postal _____
NOMBRE DEL PROGRAMA: _____ N.º DE TELÉFONO: _____
N.º de teléfono celular: _____ Dirección de correo electrónico: _____
N.º DE IDENTIFICACIÓN o SEGURO SOCIAL DEL ESTUDIANTE: _____

SOLO PUEDE COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN UN MÉDICO, UN AUXILIAR MÉDICO O UN ENFERMERO PROFESIONAL:

He examinado al paciente _____ y certifico que goza de buena salud física y mental.

Nombre del estudiante

En papel con membrete, indique cualquier limitación física u otras discapacidades que restringirían la capacidad de la persona para llevar a cabo las funciones esenciales de esta profesión. (Consulte el documento adjunto)

FIRMA y título médico del médico, auxiliar médico o enfermero profesional

Fecha _____

Nombre del profesional en letra de imprenta _____ N.º de teléfono del consultorio _____

Dirección _____
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Hay un registro del examen completo en _____

VACUNAS

Comprobante de al menos dos vacunas MMR con un intervalo mínimo de 30 días o un análisis que dé pruebas de la inmunidad contra la rubéola y el sarampión. Si se hace un análisis de sangre, debe adjuntarse una copia de los resultados del laboratorio con los valores.

1)	MMR	_____	_____
		Fecha	Firma autorizada y título médico
2)	MMR	_____	_____
		Fecha	Firma autorizada y título médico
			O
Valores de rubéola	_____	_____	_____
	Resultados	Fecha	Firma autorizada y título médico
			Y
Valores de sarampión	_____	_____	_____
	Resultados	Fecha	Firma autorizada y título médico

El solicitante debe: 1) cargar el formulario original completado en su perfil de CertifiedBackground, 2) conservar una copia para sus registros.

VARICELA

Debe tener la documentación de un proveedor de atención médica con el diagnóstico de varicela. Si no hay documentación disponible, debe presentar los resultados positivos de análisis de sangre con los valores o la documentación de dos vacunas aplicadas con un intervalo mínimo de 30 días. Si se hace un análisis de sangre, debe adjuntarse una copia de los resultados del laboratorio con los valores.

RESULTADOS

Información del paciente:

¿Tuvo varicela?	_____ Sí	_____ No	_____ Fecha	_____ Firma autorizada y título médico
O Primera vacuna contra la varicela	_____ Fecha			_____ Firma autorizada y título médico
Segunda vacuna a los 30 días	_____ Fecha			_____ Firma autorizada y título médico
O Valores de varicela	_____ Fecha	_____ Resultados		_____ Firma autorizada y título médico

PRUEBA CUTÁNEA DE LA TUBERCULINA O PRUEBA MANTOUX DE DOS PASOS: debe presentarse la documentación de una prueba de dos pasos. Las pruebas cutáneas tienen un año de validez. Si la prueba de dos pasos tiene más de un año, adjunte la documentación que incluya las fechas de las últimas pruebas de dos pasos junto con una actualización anual actual.

PROCEDIMIENTO:

Paso 1:

- 1) Se administra una prueba cutánea de la tuberculina, o prueba Mantoux, de 0.1 (5 unidades de tuberculina [UT]) de un derivado proteico purificado de tuberculina (PPD) debajo de la piel en el antebrazo.
- 2) Un profesional de atención médica debe leer los resultados en un plazo de 48 a 72 horas.

Si el resultado es negativo, se procede a hacer el paso 2. Si es positivo, se debe hacer un seguimiento con una radiografía de tórax.

Paso 2:

- 1) Se repite la prueba en un plazo de 7 a 30 días después de la administración de la primera prueba usando el mismo valor de PPD.
- 2) Un profesional de atención médica debe leer los resultados en un plazo de 48 a 72 horas.

Si es positivo, se debe hacer un seguimiento con una radiografía de tórax.

PRUEBA QUANTIFERON-TB GOLD: en lugar de las pruebas cutáneas, puede hacerse la prueba TB Gold mediante una extracción de sangre. Los resultados de la TB Gold tienen un año de validez, y debe adjuntarse una copia del informe del laboratorio en el paquete de salud.

INFORME DE RESULTADOS

1. RESULTADOS DEL PASO 1

_____ Fecha de administración	_____ Fecha de lectura	_____ Resultados	_____ Firma autorizada y título médico
----------------------------------	---------------------------	---------------------	---

2. RESULTADOS DEL PASO 2

_____ Fecha de administración	_____ Fecha de lectura	_____ Resultados	_____ Firma autorizada y título médico
----------------------------------	---------------------------	---------------------	---

3. ACTUALIZACIÓN ANUAL

_____ Fecha de administración	_____ Resultados	_____ Firma autorizada y título médico
----------------------------------	---------------------	---

El solicitante debe: 1) cargar el formulario original completado en su perfil de CertifiedBackground, 2) conservar una copia para sus registros.

4. RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (si es necesaria)

Fecha de administración	Fecha de lectura	Resultados	Firma autorizada y título médico
-------------------------	------------------	------------	----------------------------------

5. Valores de TB Gold

Fecha de extracción	Fecha de lectura	Resultados	Firma autorizada y título médico
---------------------	------------------	------------	----------------------------------

COMPROBANTE DE VACUNACIÓN CONTRA EL TÉTANOS: (de los últimos 10 años)

Fecha	Firma autorizada y título médico
-------	----------------------------------

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Usted **DEBE** hacer una copia del formulario de salud completado y conservarlo. Es posible que tenga que presentarlo a una agencia clínica.

IMPORTANTE

NO CARGUE LOS DOCUMENTOS HASTA QUE TODOS LOS RESULTADOS Y LAS FIRMAS ESTÉN COMPLETOS.

Doy permiso para divulgar la información que se incluye en este formulario de salud al colegio profesional y a los afiliados clínicos si se considera necesario para mi propio beneficio o seguridad, o los de otras personas.

Firma del estudiante _____

INSTRUCCIONES PARA LOS ESTUDIANTES

- ¿Firmó su médico o personal médico autorizado cada firma autorizada, fecha y resultado de las pruebas?
- ¿Están su examen físico y toda la información necesaria en el formulario completados?
- (es decir, firmas, nombre en letra de imprenta, dirección, número de teléfono, resultados de laboratorio, etc.)
- ¿Se ha incluido el número de teléfono fijo en el espacio proporcionado?
- ¿Tiene una copia?

Si tiene alguna pregunta sobre cómo cargar los formularios, comuníquese con Certified Background al 888-666-7788 o envíeles un correo electrónico a studentservices@certifiedprofile.com

Si tiene preguntas médicas específicas, envíe un correo electrónico a Joe Tuttle a tuttlejm@matc.edu o llame al 414-297-7871

Recepción de la Oficina de Expedientes Médicos y Solicitudes
414-297-6482
en el horario
de 8 a. m a 4 p. m.
de lunes a viernes

(Revisado el 10/14/11 JMT)

MATC es una institución de acción afirmativa e igualdad de oportunidades y cumple todos los requisitos de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act).

Facultad de Ciencias de la Salud

Información sobre las vacunas contra la hepatitis B

ESTA INFORMACIÓN GENERAL SE OFRECE COMO CORTESÍA Y MATC NO GARANTIZA SU EXACTITUD. DEBE CONSULTAR CON SU MÉDICO SOBRE TODA LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON LOS TEMAS QUE SE DESCRIBEN DE MANERA GENERAL AQUÍ.

La enfermedad y los riesgos

La hepatitis B es una infección vírica causada por el virus de la hepatitis B (VHB) que provoca la muerte del 1 al 2 % de los pacientes. La mayoría de las personas con esta enfermedad se recuperan por completo, pero aproximadamente entre el 2 y el 10 % se convierten en portadores crónicos del virus. Muchos de ellos no tienen síntomas, pero aun así pueden transmitirla a otros. Algunos pueden contraer hepatitis crónica activa y cirrosis. El VHB también parece ser un factor causante del desarrollo de cáncer de hígado. La vacunación contra la hepatitis B puede prevenir la hepatitis aguda y también reducir la enfermedad y la muerte por hepatitis crónica activa, cirrosis y cáncer de hígado.

Riesgo de exposición

El personal médico y paramédico corre un riesgo mayor de contraer hepatitis según su grado de exposición a sangre o a líquidos corporales (p. ej., saliva, heces, sudor, secreciones vaginales, secreciones respiratorias y otras secreciones del cuerpo) de pacientes infectados con hepatitis B (con conocimiento o sin conocimiento). La transmisión se produce por el contacto directo de heridas abiertas o de las membranas mucosas con la sangre o los líquidos corporales de una persona que tiene hepatitis B o es portadora de la enfermedad. La manipulación rutinaria o frecuente de sangre o productos tisulares contaminados constituye, por tanto, un riesgo importante por la facilidad de transmisión de la enfermedad y por el hecho de que muchas personas con hepatitis B no tienen síntomas y desconocen que tienen la enfermedad.

El primer recurso de defensa contra esta enfermedad es la vacuna contra la hepatitis B. La vacunación es el método más eficaz para prevenir la infección por VHB.

La vacuna

La vacuna contra la hepatitis B (Engerix B, Recombivax HB) se produce mediante el uso de tecnología de ADN recombinante. Esta actúa mediante la estimulación del sistema inmunitario para que produzca anticuerpos contra el virus.

La vacuna se administra por vía intramuscular en el músculo deltoides en tres dosis.

La segunda dosis se administra un mes después de la primera, y la tercera dosis entre seis y doce meses después de la segunda. Después de la vacunación, más del 90 % de los adultos sanos desarrollan anticuerpos que los protegen. El costo es de aproximadamente \$150.00 por el esquema de vacunación. Solo se han notificado reacciones adversas menores con la vacunación; entre ellas, fiebre y dolor temporal en el lugar de la inyección, sarpullido, náuseas, dolor en las articulaciones y fatiga leve.

La vacuna no tiene contraindicaciones en el embarazo.

Referencias

- a. Ganza, a., Torshner, L. (1997) Hepatitis Update. RN, 60 (12), 39-44.
- b. Hepatitis B Virus Vaccine Safety: Report of an Interagency Group: MMWR 31(34): 465-3 de septiembre de 1982.
- c. Hollinger, F. Blaine: Hepatitis B Vaccines-To Switch or Not to Switch. JAMA 257 (19): 2634-2636, 15 de mayo de 1987
- d. Inactivated Hepatitis B Virus Vaccine: Annual of Internal Medicine 97:379-83, 1982.
- e. Jilg, W., *et.al.*: Clinical Evaluation of a Recombinant Hepatitis B Vaccine. The Lancet: 1174-1175, 24 de noviembre de 1984
- f. Krugman, Saul: The Newly Licensed Hepatitis B Vaccine. JAMA 247 (14): 2012-15, abril de 1992.
- g. Leads from the MMWR: Recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee Update on Hepatitis B Prevention. JAMA 258(4): 437-449, julio 24/31, 1987.
- h. Lewis, S., Heitkemper, M., Dirkson, S., (2000). Medical Surgical Nursing. 1193-1198 Mosby.
- i. Medical College of Wisconsin, Student Health Services.

Nombre del estudiante _____

Nombre del programa _____

MILWAUKEE AREA TECHNICAL COLLEGE
División de Ciencias de la Salud

FORMULARIO DE EXENCIÓN: HEPATITIS B

Lea la información de abajo de forma exhaustiva y marque la casilla correspondiente.

- He recibido y leído la información en relación con la hepatitis B y las vacunas disponibles.
- Rechazo la vacuna contra la hepatitis B.

Como estudiante, entiendo que, debido a la exposición a sangre o a otros materiales potencialmente infecciosos que implica mi profesión, puedo correr el riesgo de contraer una infección causada por el virus de la hepatitis B (VHB). Me han recomendado recibir la vacuna contra la hepatitis B. Sin embargo, rechazo la vacunación contra la hepatitis B en este momento. Entiendo que, al rechazar esta vacuna, sigo estando en riesgo de contraer hepatitis B, una enfermedad grave. Si en el futuro continúo exponiéndome a sangre o a otros materiales potencialmente infecciosos por mi profesión y quiero vacunarme contra la hepatitis B, puedo completar el esquema de vacunación.

Por el presente, eximo de toda responsabilidad a Milwaukee Area Technical College, a los miembros de la junta y al personal (y a cualquier centro médico en el que reciba capacitación) por cualquier consecuencia que deba afrontar o por cualquier reclamo que surja de mi decisión de recibir o no la vacuna, o que esté relacionado con dicha decisión. Por el presente, acepto indemnizar a todas las personas y organizaciones mencionadas arriba ante cualquier reclamo, incluyendo las costas y los honorarios de abogados, que se pudiera presentar en contra de cualquiera de ellas por parte de quien reclame haber sufrido daños a causa de una posible lesión que ocurriera como consecuencia de mi decisión.

O

- Actualmente, estoy completando o he completado el esquema de vacunación. Entiendo que, para desarrollar la inmunidad completa, es necesario recibir tres dosis de la vacuna en un período de ocho a doce meses.

Firma del estudiante (obligatoria)

Fecha

Si se administró la vacuna contra la hepatitis B:

Fecha de la primera dosis: _____

Fecha de la segunda dosis: _____

Fecha de la tercera dosis: _____

Firma médica autorizada

Firma médica autorizada

Firma médica autorizada