



WASHINGTON STATE UNIVERSITY
Human Resource Services

WASHINGTON STATE UNIVERSITY
Formulario de Declinación y Documentación de
Vacunas

Por favor, envíe el
formulario original a:
Ubicación de la oficina:

WSU Human Resource
Services

139 French Administration
Building
PO Box 641014
Pullman, WA 99163-1014
¿Preguntas? Llame a HRS al: 509-335-4521

A INFORMACIÓN DEL DEPARTAMENTO	
Nombre del departamento (por favor imprima)	
<p>Department Instructions: Washington State University is required to provide training and information on occupational exposure to Blood borne pathogens in accordance with WAC 296-823.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Complete the Department Name section above • Provide the form to the employee <u>prior to</u> performing duties involving potential exposure to bloodborne pathogens including but not limited to Hepatitis B exposure. • Once the completed form is returned to you by the employee, provide the original completed form and any accompanying medical documentation to HRS. Do not retain a copy of the form or medical documentation. Maintain a record of having offered vaccination and the employee having completed the form but do not record vaccination status. 	
B INFORMACIÓN DEL EMPLEADO	
Nombre del empleado (por favor imprima)	WSU ID
<p>Instrucciones para empleados: Basado en mis deberes asignados, me han informado que existe una posible exposición ocupacional a la hepatitis B. Además, mi departamento me ha informado que WSU pone la vacuna contra la hepatitis B a disposición de los empleados con posible exposición ocupacional a la hepatitis B, de forma gratuita. La vacuna estará disponible en un momento y lugar razonables durante las horas de trabajo sin costo para el empleado y administrada por un profesional de la salud con licencia (LHCP). He sido notificado y entiendo que puedo optar por rechazar la vacunación y documentar mi declinación a continuación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una vez revisado y completado, devuelva este formulario a su supervisor verificando el estado de vacunación, documentando la solicitud para recibir la vacuna según lo dispuesto por WSU o rechazando la vacunación. 	
D ESTADO DE VACUNACIÓN DE LOS EMPLEADOS	
Seleccione una de las siguientes opciones:	
<input type="checkbox"/>	Estoy vacunado contra la hepatitis B.
<input type="checkbox"/>	Elegí recibir la vacuna contra la hepatitis B proporcionada por WSU sin costo alguno para mí. Entiendo que mi supervisor, investigador principal o su designado proporcionarán instrucciones para acceder a un LHCP para recibir la vacuna.
<input type="checkbox"/>	Rechazo la vacuna contra la hepatitis B en este momento. Entiendo que al rechazar esta vacuna, sigo corriendo el riesgo de contraer hepatitis B, una enfermedad grave. Si, en el futuro, continúo teniendo exposición ocupacional a sangre u otros materiales potencialmente infecciosos, y quiero vacunarme con la vacuna contra la hepatitis, puedo recibir la serie de vacunas sin cargo para mí.
E CERTIFICACIÓN DE EMPLEADOS	
<p>Certifico que lo anterior es verdadero y correcto. Yo (el empleado abajo firmante) entiendo que debido a mi exposición ocupacional a sangre u otros materiales potencialmente infecciosos puedo estar en 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. Independientemente de la opción que elija, no estaré sujeto a ninguna acción disciplinaria o negativa de empleo basada en mi elección.</p>	
Firma del Empleado	Fecha