



Vacuna Contra la Hepatitis B

Complete y entregue el formulario a:
Recursos Humanos

Nombre del empleado (apellido/nombre -legal)*	Número de identificación de empleado (si lo conoce)	Últimos 4 dígitos del número SS (Seguro Social)*
Lugar de Trabajo*	Puesto de trabajo*	Número de Teléfono*

***Debe completarse**

Los empleados en las siguientes ubicaciones o en los puestos de trabajo indicados a continuación, o quienes deben realizar CPR (reanimación cardiopulmonar) y First Aid (primeros auxilios) como personal de respuesta a emergencias en la escuela, **DEBEN** completar el formulario de Vacuna Contra la Hepatitis B. Complete la sección A, B o C a continuación y envíe el formulario a Recursos Humanos.

Lugares:

- ▶ **Personal de Educación Especial en los Centros de Desarrollo**
(incluye todos los puestos laborales asignados a estas ubicaciones)
 - Marley Glen (1274)
 - Ruth Parker Eason (3414)
 - Central Special (4304)
- ▶ **El personal en cada escuela que esté certificado en CPR y primeros auxilios;**
(personal de respuesta a emergencias – uno por escuela)
- ▶ **Personal de Educación al Aire Libre quienes administran primeros auxilios en Arlington Echo** (3054)

Categorías laborales/ Códigos:

- ▶ **Entrenadores**
 - Entrenador temporal / Código: C21251
 - Entrenador
- ▶ **Personal de conserjería o ingeniería**
 - Conserjes / Códigos: E44307; E44319; E44321; E44323; E44325
 - Ingenieros / Códigos: C03318; E03322; E44556; E44557; E44558
- ▶ **Plomeros** / Códigos: E03438; E45437; E45573; E45439; E45466
- ▶ **Personal de mantenimiento de prevención** / Códigos: E44416; E44417; E03436
- ▶ **Auxiliares de autobús de educación especial**
 - Conductores y ayudantes de autobús / Códigos: E43163; E43166; E43025; E41027; E43165
 - Conductores y ayudantes de vehículos alternativos / Códigos: E43167; E03509; E03508

A Solicitud de Vacuna

- ☐ Solicito recibir la **serie de vacunas contra la Hepatitis B**. Comprendo que la serie de vacunas consiste en tres dosis. La segunda dosis se pone 30 días después de la primera dosis y la tercera se pone cinco meses después de la segunda. Comprendo que se me debe entregar un formulario de **autorización contra la Hepatitis B** por parte de Recursos Humanos antes de programar mis vacunas (**el cual se envía a los empleados una vez entregada esta solicitud**).

Nombre del empleado (letra imprenta)	/ /	Firma del empleado	/ /
Fecha de nacimiento		Fecha de firma	

Proporcione el Nombre del Supervisor* (letra imprenta)

***Requerido por Recursos Humanos**

Proporcione el correo electrónico o la ubicación del trabajo del Supervisor**

B Rechazo de la vacuna

- ☐ Comprendo que debido a la exposición a sangre y otros materiales infecciosos inherente a mi ocupación, puedo estar en riesgo de contraer una infección por el virus de la Hepatitis B (HBV). Me ha sido dada la oportunidad de recibir la vacuna contra la Hepatitis B sin ningún coste para mí. No obstante, en este momento rechazo la vacuna contra la Hepatitis B. Comprendo que al declinar esta vacuna, sigo estando en riesgo de contraer la Hepatitis B, una enfermedad grave. Si en el futuro quiero recibir la vacuna de la Hepatitis B, podré completar un **nuevo** formulario de vacuna contra la Hepatitis B y seleccionar la opción A.

Nombre del empleado (letra imprenta)	Firma	/ /
		Fecha

C Vacunación previa

- ☐ He completado la serie de vacunas contra la Hepatitis B.

Fecha en la que se completó: / / Lugar: _____
(incluya la ciudad, estado e instalación donde le fue administrada)

Nombre del empleado (letra imprenta)	Firma	/ /
		Fecha

Por favor entregue este formulario de vacuna contra la Hepatitis B a: Recursos Humanos

La formación acerca de los patógenos de la sangre se ofrece anualmente a través de la aplicación SafeSchools (<https://aacps-md.safeschools.com/login/>). Si su puesto laboral no se encuentra en la lista indicada arriba y desea recibir la vacuna de prevención contra la Hepatitis B, por favor complete la sección A y envíela a: **Recursos humanos**. A los empleados se les permite ausentarse hasta dos (2) horas del trabajo para las vacunas. Los maestros y los asistentes de los maestros quienes requieren un sustituto deben enviar un correo electrónico a: **Kathleen Orndorff (korndorff@aacps.org)** para obtener el código de sustitutos. Todos los empleados deben comunicar a su supervisor los detalles de las tres citas de vacunación. Cualquier pregunta en referencia al proceso debe ser dirigida a Recursos Humanos.

Con copia (CC): Expediente personal oficial