

PAQUETE DE EXAMEN MÉDICO: **TECNOLOGÍA ELECTRÓNICA BIOMÉDICA**

El siguiente paso en el proceso de admisión es hacer un examen médico y completar los formularios requeridos que se indican abajo. Devuelva todos los formularios firmados al centro de enfermería de MATC, sala M240. 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.

En este paquete se incluye lo siguiente:

1. Formulario de certificación médica. Haga que su médico o proveedor de atención médica complete y firme el Formulario de certificación médica adjunto.
2. Información sobre la hepatitis B y la vacuna, y un Formulario de exención de administración de la vacuna contra la hepatitis B. Lea la información y consulte con su médico. Complete y firme el Formulario de exención de administración de la vacuna contra la hepatitis B.
3. Información sobre las funciones esenciales para su programa. Lea la información. Si tiene preguntas, consulte con su médico. Complete y firme el Formulario de funciones esenciales.

Todos los formularios deben completarse con firmas médicas autorizadas.

Devuelva el Formulario de certificación médica, el Formulario de exención de administración de la vacuna contra la hepatitis B y el Formulario de funciones esenciales completados al centro de enfermería de MATC, sala M240, antes del _____.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el centro de enfermería al 414-297-7871.

Asegúrese de conservar una copia de sus formularios completados. Informe a la Oficina de Admisiones al 414-297-6542 entre las 8 a. m. y las 4 p. m. sobre cualquier cambio de nombre, dirección o número de teléfono. Esperamos poder trabajar con usted mientras completa la inscripción de su programa en MATC.

Oficina de Admisiones de MATC
Campus de Milwaukee

**DEPARTAMENTO DE TECNOLOGÍA ELECTRÓNICA
FUNCIONES ESENCIALES PARA TÉCNICOS EN ELECTRÓNICA BIOMÉDICA**

MATC toma todas las medidas necesarias para garantizar una educación de calidad para todos los estudiantes. Sin embargo, sentimos la obligación de informar a los estudiantes sobre las funciones esenciales que demanda cada ocupación particular. En las actividades del aula y de prácticas y en el mercado laboral, los estudiantes de Tecnología Electrónica Biomédica pueden enfrentarse a los siguientes factores físicos, cognitivos y ambientales:

ESTÁNDARES DE DESEMPEÑO FÍSICO

	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 con claridad				X		X	
Comunicarse con claridad				X		X	
AUDICIÓN							
Conversación				X		X	
Por teléfono			X			X	
VISTA							
Natural o corregida				X	X	X	
Percepción de la profundidad				X	X	X	
Visión de los colores				X	X	X	
MOVILIDAD							
Levantar, empujar o jalar 50 lb				X		X	
Estar de pie				X	X	X	
Inclinarse			X			X	
Arrastrarse		X				X	
Arrodillarse			X			X	
Girar el cuerpo				X	X	X	
Caminar				X	X	X	
SUBIR							
Subir escaleras			X			X	
Escaleras				X		X	
ALCANZAR OBJETOS							
Por encima de la cabeza			X			X	
Frente al cuerpo			X			X	
Del piso			X			X	
AGARRAR OBJETOS							
Por encima de la cabeza			X			X	
Frente al cuerpo			X			X	
Del piso			X			X	
SENTARSE		X				X	
OLER		X				X	
SABOREAR							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
CONTROL DE LA MOTRICIDAD FINA							
Manos				X		X	
Dedos/Sentido del tacto				X		X	
Muñeca				X		X	
COORDINACIÓN							
Ojo/mano				X		X	
Ojo/mano/pie				X		X	
Destreza manual				X		X	
ALERGIAS							
Tolerancia al látex				X	X	X	

Fecha de revisión: 4/05

FACTORES COGNITIVOS Y MENTALES

	Esencial para el trabajo	
	Sí	No
RAZONAMIENTO		
Trabajar con variables abstractas y concretas, definir problemas, recolectar datos, establecer hechos y sacar conclusiones válidas	X	
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	
Gráfica aritmética: interpretación de impresiones y gráficos	X	
LECTURA		
Competencias complejas: comprender periódicos, 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 registros	X	
ESCRITURA		
Competencias complejas: preparar cartas de negocios y resúmenes de informes siguiendo un formato estipulado y respetando todas las normas de puntuación, ortografía, gramática, dicción y estilo	X	
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, informes técnicos, documentación de proyectos	X	
PERCEPCIÓN		
Espacial: capacidad de comprender las formas en el espacio y de entender las relaciones de los objetos planos y sólidos; con frecuencia se describe como la capacidad de "visualizar" objetos de dos o tres dimensiones o de pensar visualmente en formas geométricas, interpretar planos, cuadros, mapas, hojas de trabajo	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	

	Esencial para el trabajo	
	Sí	No
CARACTERÍSTICAS PERSONALES		
Capacidad para presentarse a trabajar todos los días	X	
Capacidad de ser puntual todos los días	X	
Capacidad de hacer un trabajo de calidad	X	
Capacidad de trabajar bien con otras personas	X	
Orientación al servicio de atención al cliente	X	
Responsabilidad individual	X	
Conocimientos de computación	X	
Capacidad de comprender y seguir instrucciones	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/desenvolverse en un entorno de equipo	X	
Capacidad de realizar tareas complejas o variadas	X	
Capacidad de hacer generalizaciones, evaluaciones o decisiones sin supervisión inmediata	X	
Capacidad de aceptar y desempeñar la responsabilidad de dirección, control y planificación	X	
REQUISITOS DEL EMPLEO		
El puesto está sujeto a pruebas de detección de drogas/alcohol (previas y aleatorias)	X	
El puesto está sujeto a control de antecedentes penales	X	
El puesto requiere un examen físico y vacunas	X	
Posibilidad de ascenso	X	

FACTORES AMBIENTALES

	Esencial para el trabajo	
	Sí	No
Trabajar en un lugar cerrado	X	
Trabajar al aire libre	X	
Exponerse a temperaturas extremas de calor o frío		X
Estar cerca de maquinaria en movimiento	X	
Exponerse a cambios notables de temperatura/humedad		X
Exponerse a polvo, vapor, humo, gases, olores, niebla u otras partículas irritantes	X	
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 cerca de otras personas	X	
Trabajar solo	X	
Trabajar con otras personas	X	

	Esencial para el trabajo	
	Sí	No
EQUIPO DE SEGURIDAD (DE USO OBLIGATORIO)		
Gafas protectoras/Protector facial	X	
Protección auditiva	X	
Casco		X
Ropa de protección	X	
Guantes de protección	X	
Exposición a sangre y otros materiales potencialmente infecciosos (OPIM)	X	

MILWAUKEE AREA TECHNICAL COLLEGE

Ocupaciones Técnicas

_____ He leído y entendido las funciones esenciales que son específicas de Electrónica Biomédica.

_____ Tengo la capacidad de cumplir los estándares de desempeño físico según lo especificado.

(Nombre del programa en letra de imprenta)

(Firma)

(Fecha)

La Ley para Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act) prohíbe la discriminación hacia personas con discapacidades y, 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 necesiten adaptaciones o servicios especiales para cumplir los estándares de desempeño físico del programa de Electrónica Biomédica deben comunicarse con el Departamento de Necesidades Especiales para obtener ayuda (Sala C219).

_____ Necesito las siguientes adaptaciones para cumplir el estándar de desempeño físico según lo especificado:

(Firma)

(Fecha)

Devuelva el formulario firmado al centro médico de MATC, sala M240.

MILWAUKEE AREA TECHNICAL COLLEGE

LISTA DE VERIFICACIÓN DE REQUISITOS DE SALUD

- Marque a medida que complete cada requisito para su propia referencia.
- Conserve la lista completada, ya que el cuerpo docente del programa puede solicitarla al comienzo del semestre.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ PROGRAMA _____

A COMPLETAR:

- Control de antecedentes del cuidador** (Si es necesario para su programa; consulte nuestra página web para obtener una lista de los programas que lo requieren)
- Aceptación 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 o un enfermero profesional**
 - 2) **Vacunas** (no son obligatorias para Auxiliar de Enfermería Certificado, Técnico Odontológico ni Ciencias Ópticas)
 - a) **1.^a y 2.^a dosis** de la vacuna MMR O valores de rubéola Y
 - b) Vacuna contra el sarampión o valores de sarampión Y
 - c) Varicela: prueba de haber tenido varicela o documentación de vacunación contra la varicela firmada por personal médico autorizado O valores de varicela
 - 3) **Prueba cutánea de la TB, paso 1 y paso 2** (no es obligatoria para Técnico Odontológico ni para Ciencias ópticas) (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
 - 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) **Fechas de vacunación contra la hepatitis B**
 - 7) **Solo para estudiantes de Diálisis Renal:** antígeno/anticuerpo de la hepatitis B
 - 8) **Solo para estudiantes de Asistencia Quirúrgica:** examen de vista

El solicitante debe: 1) devolver el formulario original completado al centro de enfermería de MATC, sala M240;
2) conservar una copia para mostrar al instructor.

Nombre _____
Programa _____

MILWAUKEE AREA TECHNICAL COLLEGE
700 WEST STATE STREET
MILWAUKEE, WISCONSIN 53233

CERTIFICACIÓN MÉDICA

(Nombre y dirección en letra de imprenta)

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____

DIRECCIÓN: _____ Ciudad/Estado _____ Código postal _____

NOMBRE DEL PROGRAMA: _____ Inicio del semestre _____ N.º DE TELÉFONO: _____

N.º de teléfono celular: _____ Dirección de correo electrónico: _____

N.º DE IDENTIFICACIÓN o

SEGURO SOCIAL DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE VENCIMIENTO: _____

Este formulario se debe completar y devolver antes de la fecha que se indica arriba

¿Estuvo usted en otro programa de Ocupaciones Médicas? Sí o No

Si la respuesta es "Sí", ¿en qué programa? _____ Fecha en la que estuvo en el programa _____

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 en el primer año de vida o después, con un intervalo mínimo de 30 días o un análisis que dé pruebas de la inmunidad contra la rubéola y el sarampión.

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) devolver el formulario original completado al centro de enfermería de MATC, sala M240;
2) conservar una copia para mostrar al instructor.

Nombre _____
Programa _____

VARICELA

Debe tener la documentación de un proveedor de atención médica con el diagnóstico de varicela. Si no hay documentación disponible, debe presentar resultado positivo para los valores o la documentación de las vacunas.

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: esta se debe administrar en el plazo de un año a partir de la fecha de admisión en el programa o, si ha transcurrido más de un año, se debe realizar una actualización de UN paso. Los estudiantes de Auxiliar de Enfermería deben tener la prueba cutánea en un plazo de 90 días a partir de la fecha de inicio del programa.

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) a todas las personas que nunca se hayan sometido a una prueba cutánea de dos pasos o a aquellas personas que no se hayan sometido a una PPD en los últimos dos años.
- 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.

Paso 2:

- 1) Se repite la prueba en un plazo de 7 a 30 días después de la administración de la primera dosis 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.
Si es negativo, se repite (solo el paso 1) cada año.

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
----------------------------------	--	---------------------	---

4. RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (se indica solo cuando la prueba cutánea de la tuberculina da resultado positivo)

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

El solicitante debe: 1) devolver el formulario original completado al centro de enfermería de MATC, sala M240;
2) conservar una copia para mostrar al instructor.

Nombre _____
Programa _____

COMPROBANTE DE VACUNACIÓN CONTRA EL TÉTANOS: (en un plazo de 10 años a partir del ingreso en el programa)

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 DEVUELVA 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, firma, nombre en letra de imprenta, dirección, número de teléfono, resultados de las pruebas, etc.)
- ¿Se ha incluido el número de teléfono fijo en el espacio proporcionado?
- ¿Tiene una copia?

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, LLAME AL CENTRO DE ENFERMERÍA

Joe Tuttle, al 414-297-7871
(deje un mensaje si Joe Tuttle no está disponible)

O
llame a la
Recepción del centro de enfermería
al 414-297-6482
en el horario
de 8:30 a. m. a 12:30 p. m.
de lunes a jueves

(s\admin\HLTHFRM2)
(Revisado el 2/11/03:vm)

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).

MILWAUKEE AREA TECHNICAL COLLEGE

División de Ocupaciones Médicas

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; por lo tanto, 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.

La primera línea de defensa contra esta enfermedad es la vacunación, ya que es el método más eficaz para prevenir la infección por el 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 primera. Después de la vacunación, más del 90 % de los adultos sanos desarrollan anticuerpos que los protegen. El costo es de \$150.00 por el esquema de vacunación. Solo se han informado 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.

MILWAUKEE AREA TECHNICAL COLLEGE
División de Ocupaciones Médicas

FORMULARIO DE EXENCIÓN: HEPATITIS B

1.

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.

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 continuo 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

- No quiero rechazar la vacuna contra la hepatitis B. 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 seis meses.

- Firma del estudiante obligatoria

2.

Devuelva este formulario al centro médico lo antes posible con toda la información indicada. Haga que un médico autorizado firme si ha recibido alguna dosis.

Si se administró la vacuna contra el VHB:

Fecha de la primera dosis: _____

Fecha de la segunda dosis: _____

Fecha de la tercera dosis: _____

Devuelva este formulario a:
Centro médico de MATC (sala M240)
700 West State Street
Milwaukee, WI 53233