



KAISER PERMANENTE®

Southern California Permanente Medical Group
Kaiser Foundation Hospital

**Hepatitis B Vaccine Declination (Mandatory)
(Declino de la vacuna Hepatitis B (Mandante))**

	_____ Name/Nombre nursing
_____ Date/Fecha	_____ Department/Departamento

I understand that due to my occupational exposure to blood or other potentially infectious materials I may be at risk of acquiring hepatitis B virus(HBV) infection. I have been given the opportunity to be vaccinated with hepatitis B vaccine, at no charge to myself. However, I decline hepatitis B vaccination at this time. I understand that by declining this vaccine, I continue to be at risk of acquiring hepatitis B, a serious disease. If in the future I continue to have occupational exposure to blood or other potentially infectious materials and I want to be vaccinated with hepatitis B vaccine the vaccination at no charge to me.

Entiendo que debido a mi trabajo estoy expuesta/o a la sangre u otros materiales con potencial infeccioso y corro el riesgo de adquirir el virus de la hepatitis B. Se me ha dado la oportunidad de ser vacunado/a con a vacuna para prevenir la hapatitis B sin costo alguno para mi. No obstante, me rehuso a ser vacunado/a en esta ocasion. Entiendo que al rehusar esta vacuna, continuo corriendo el riesgo de obtener la hepatitis B, una enfermedad seria. Si en el futuro continuo siendo expuesta/o a la sangre u otros materiales con potencial infeccioso y deseo ser vacunada/o con una vacuna para la hepatitis B, yo puedo recibir la serie de vacunas sin costo alguno para mi.

	AMN Healthcare
_____ Signature/Firma	_____ Witness/Testigo

Ref: Appendix A to OSHA Rules & Regulation § 1919.1030

***RETURN COMPLETED FORM TO EMPLOYEE HEALTH SERVICE ***
(Regrese esta forma completa a la Oficina de Salud para Empleados)