



County of Santa Cruz

HEALTH SERVICES AGENCY

Environmental Health Division

701 Ocean St. Room 312, Santa Cruz, CA 95060

(831) 454-2022 TDD/ TTY: Call 711

www.scceh.org



HEPATITIS B VACCINATION DECLINATION (Declinación de Vacunación Contra Hepatitis B)

FACILITY INFORMATION (Información del Establecimiento)

BUSINESS NAME

(Nombre del Negocio)

BUSINESS ADDRESS

(Dirección del Negocio)

CITY

(Ciudad)

STATE

(Estado)

ZIP

(Código Postal)

E-MAIL

(Correo Electrónico)

DECLARATION STATEMENT (Declaración de Declinación)

All persons who perform body art within Santa Clara County are required to show proof of Hepatitis B vaccination or sign a Hepatitis B virus (HBV) Declination Statement (below) in accordance with The Safe Body Art Act.

Hepatitis B virus (HBV) Declination Statement

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 me; 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, I can receive the vaccination series at no charge to me.

Declaración de Declinación de Vacunación Contra el Hepatitis B

Yo comprendo que a causa de la exposición de mi ocupación a sangre y otros materiales infecciosos yo puedo estar a riesgo de contraer infección al virus hepatitis B (HBV). Me han dado la oportunidad de ser vacunado con vacuna de hepatitis B, a no cobro para mí; pero, yo decline la vacunación contra la hepatitis B a esta hora. Yo comprendo que al declinar esta vacuna yo continúo estando a riesgo de contraer hepatitis B, una enfermedad seria. Si en el futuro, yo continúo teniendo exposición ocupacional a sangre u otros materiales potencialmente infecciosos y quiero ser vacunado con la vacuna contra la hepatitis B, yo puedo recibir la serie de vacunas sin cobro a mí.

OSHA's Bloodborne Pathogens Standard (29CFR 1910.1030 App A)
(Estándar de Patógenos Sanguíneos de OSHA(29CFR 1910.1030 App A))

WORKER NAME: _____
(Nombre del Trabajador)

WORKER SIGNATURE: _____ DATE: _____
(Firma del Trabajador) (Fecha)