



# Exposicion a Microbios en la Sangre Formulario de Decision

Este formulario esta preparado para determinar exposiciones possible al empleado de microbios en la sangre durante su empleo en College of Southern Nevada. Por favor complete este formulario y regreselo a:

**CSN Human Resources**  
6375 W. Charleston Blvd. W40E  
Las Vegas, NV 89146  
Phone 702-651-5800

Numero de identificasion: \_\_\_\_\_

Nombre de Empleado \_\_\_\_\_ Titulo \_\_\_\_\_

Departamento/Programa \_\_\_\_\_ Locasion \_\_\_\_\_ Numero de Correo \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Telefono de Casa \_\_\_\_\_ Telefono de Trabajo \_\_\_\_\_

**1. Mientras usted realiza su trabajo en CSN usted esta en contacto con uno o mas de los siguiente?**  
LIQUIDOS DE EL CUERPO HUMANO incluso sangre, orina, excremento, vomito, esperma secrecion de la vagina, liquidos de partes del cuerpo, saliva de procedimientos dentales, qualquier liquido que se puede ver contaminado con sangre y todo tipo de liquido del cuerpo in situaciones a donde es muy dificil o imposible a diferenciar o distinguir la diferencia entre sangre, liquidos, carne de cuerpo, organos, o otras partes del cuerpo.

(Por favor escoje uno) Si No

**2. Usted esta en contacto con agujas, escalpelos, o otros aparatos que tengas cuchillos contaminados con liquidos del cuerpo mientras usted realice su trabajo en CSN?**

(Por favor escoje uno) Si No

**3. Usted trabaja mientras realiza su trabajo en CSN con desperdicios de basura o con bolsas rojas que contienen liquidos de sangre, o otros materiales que contienen infecciones contagioso o enfermedades contagiosas o qualquier material que contiene infecciones y pueden ser contaminadas mientras usted trabaja con ellas.**

(Por favor escoje uno) Si No

**4. Usted ha recibido la serie de las tres vacunaciones de Hepatitis B?**

(Por favor escoje uno) Si No

**Si usted ha recibido las vacunas de Hepatitis B por favor marque la fecha decada vacuna.**

Vacuna #1 \_\_\_\_\_

Vacuna #2 \_\_\_\_\_

Vacuna #3 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha

**MUCHAS GRACIAS. POR FAVOR REGRESE ESTE FORMULARIO A: CSN HUMAN RESOURCES**