



# Universidad de Puerto Rico, Arecibo

Departamento de Biología | **Programa de Tecnología Veterinaria**

Carr. 653 Km. 0.8 Sector Las Dunas, Arecibo / P.O. Box 4010 Arecibo P.R. 00614

<http://upra.edu/biologia/asociado/>

787-815-0000 ext. 3475, 3450, 3451, 3460, 3461

## NOTIFICACIÓN DE REQUERIMIENTO DE VACUNA CONTRA LA RABIA

Yo, \_\_\_\_\_, estando matriculado en el programa de Tecnología Veterinaria de la UPRA, entiendo y acepto que, durante el curso de mis estudios, existe para mí el potencial de exposición al virus de la rabia. El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) ha determinado que las personas con alto riesgo de exposición al virus de rabia, como técnicos veterinarios, deben recibir una vacuna preventiva.

Entiendo que durante mi participación en laboratorios y/o clínicas, habrá una exposición directa a los animales y consecuentemente existe el riesgo de contaminación con el virus de la rabia, y que, por tanto, es mi responsabilidad estar vacunado contra la rabia. De no cumplir con esta recomendación, libero de toda responsabilidad a la Universidad de Puerto Rico en Arecibo y a todos sus funcionarios. Afirmo que en el caso en que se identifique que haya sufrido exposición al virus de rabia, será mi responsabilidad pagar todos los costos asociados con el tratamiento post exposición a la rabia.

Se me ha presentado el protocolo para el manejo de mordidas y estoy consciente de mis responsabilidades y deberes para la prevención de estas. Mi firma abajo indica que entiendo y acepto los riesgos potenciales del currículo Tecnología Veterinaria para mi persona.

**Acepto vacunarme contra el virus de la rabia. Coordinaré con mi médico de cabecera la obtención de la vacuna de pre-exposición contra la rabia o la orden médica para la vacuna de pre-exposición contra la rabia. Copia del certificado de vacunación (en formato pdf) junto con el presente documento será enviado a la siguiente dirección: [rebeka.sanabria@upr.edu](mailto:rebeka.sanabria@upr.edu)**

**Renuncio a mi derecho a solicitar la serie de vacunación antirrábica previa a la exposición. Se presenta prueba de contraindicación médica o exención religiosa de recibir la vacuna contra la rabia. Comprendo el mayor riesgo de contraer la rabia al no vacunarme.**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DE ESTUDIANTE**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

\_\_\_\_\_  
**NÚMERO DE ESTUDIANTE**