

Medidas de Control Para Personas Infectadas Con el Virus de Hepatitis B

Personas infectadas con el virus de la hepatitis B pueden sentirse saludables pero son capeces de contagiar a otras personas con este virus (hepatitis B). Afortunadamente este virus no es contagioso por el estornudo o la tos, o por un contacto casual como tomar la mano de otra persona. Como sea, personas pueden obtener el virus de la hepatitis B si tienen contacto con su sangre, suero y otros líquidos corporales, como saliva, semen y flujo vaginal. Por lo tanto Usted está obligado a cumplir con las medidas de control requeridas al Ley General de Carolina del Norte G.S.130A-144 y Código Administrativo 10A NCAC 41A .0203:

- A. NO deberá tener relaciones sexuales a menos que use condones y a menos que se sepa que el/la compañero/a está infectado/a con o es inmune a la hepatitis B.
- B. NO deberá compartir agujas o jeringas.
- C. NO podrá donar o vender sangre, plasma, plaquetas u otros productos sanguíneos, ni tampoco semen, óvulos, tejidos, órganos o leche humana.
- D. Deberá notificar al director de salud pública de su condado quienes fueron todos sus compañeros/as sexuales y la gente con quien ha compartido agujas desde la fecha de infección; ó, si el tiempo de infección inicial es desconocido, deberá identificar compañeros/as de los seis meses anteriores.
- E. Durante todo el período de infección, deberá notificar a sus compañeros/as sexuales de su infección y aconsejarles de que se dirijan a su(s) médico(s) o al departamento de salud pública local para obtener información acerca de las medidas de control y durante todo el período de infección, deberá notificar al director de salud pública de su condado de todos sus nuevos compañeros/as sexuales.
- F. Deberá notificar al director de salud pública de su condado toda la gente que comparte su hogar.
- G. Deberá someterse a pruebas serológicas seis (6) meses después del diagnóstico para determinar si usted es un "portador crónico".

El Departamento de Salud Pública está a su disposición para proporcionarle ayuda y orientación con respecto a su infección con el virus de la hepatitis B. Llame por favor el Departamento de Salud Pública del Condado de _____(county name) para la ayuda a _____(HD's Spanish contact's phone number).

Firma del Paciente (Patient)

Fecha (Date)

Firma de la Enfermera de Enfermedades Transmisibles (CD Nurse)

Fecha (Date)