



# SPANISH SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Este formulario debe utilizarse para registrar la administración de la vacuna MVA-BN

Versión 3.0, 5 de agosto de 2022

**Declaración de privacidad:** El personal de HSE está informado de sus obligaciones en virtud de las Leyes de Protección de Datos, 1988-2018 (incluido el RGPD). La información proporcionada se incluirá en una base de datos de inmunización. HSE utilizará esta información para verificar clientes, supervisar programas de vacunación y prestar asistencia sanitaria.

## Apartado 1: Datos personales

Este apartado deberá rellenarlo la persona que se va a vacunar (LE ROGAMOS QUE ESCRIBA EN MAYÚSCULAS)

Nombre:  Apellido:

Número personal de servicio público (PPSN):

Fecha de nacimiento:  Sexo (rodee con un círculo):  Masculino  Femenino

Dirección:

Condado:  Código Eircode:

Nombre y apellidos del padre o madre/tutor legal:

Número de teléfono móvil:  Dirección de correo electrónico:

Nombre y dirección del médico de familia:

**Responda a las siguientes preguntas (marque con un círculo su respuesta)**

¿Ha recibido este menor alguna vez la vacuna MVA-BN u otra vacuna contra la viruela?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cómo se llamaba la vacuna?

¿En qué fecha se le administró?

¿Ha tenido este menor alguna vez alergia a alguna vacuna anteriormente?  Sí  No

¿Ha tenido este menor alguna vez alergia a los huevos o a los productos derivados del huevo (incluido el pollo o las plumas) anteriormente?  Sí  No

¿Tiene este menor algún tipo de alergia grave?

En caso afirmativo, especifique a qué   Sí  No

¿Tiene este menor actualmente fiebre o sufre algún tipo de malestar?  Sí  No

¿Padece este menor dermatitis atópica?  Sí  No

¿Tiene este menor alguna enfermedad o está recibiendo un tratamiento que debilite su sistema inmunitario?  Sí  No

¿La persona que va a recibir la vacuna está embarazada o en periodo de lactancia?  Sí  No

## Apartado 2: Consentimiento

Marque la casilla correspondiente a cada afirmación y firme para dar su consentimiento para la administración de la vacuna

Entiendo que la vacuna MVA-BN ha sido aprobada por los organismos competentes para su uso en personas mayores de 18 años.

Se me ha informado de los posibles riesgos y beneficios de estas vacunas.

Doy mi consentimiento para que este menor reciba un ciclo de MVA-BN (1 o 2 dosis con 28 días de diferencia) según lo determine un profesional sanitario adecuado.

Al firmar este formulario, confirmo que estoy autorizado a dar mi consentimiento en nombre del menor arriba mencionado

Firma:  Fecha:

(rodee con un círculo) padre o madre/tutor legal

## SOLO PARA USO DE LA OFICINA | FOR OFFICE USE ONLY

| Date Given (DD/MM/YYYY) | Vaccine Name & Manufacturer | Batch Number | Expiry Date Month/Year | Use by date | Injection Site |
|-------------------------|-----------------------------|--------------|------------------------|-------------|----------------|
|                         |                             |              |                        |             |                |
|                         |                             |              |                        |             |                |

Prescriber Signature:  HSE Clinic / Hospital Name, Address, or Stamp

PIN/MCRN:

Vaccinator Signature:

PIN/MCRN: