



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: DD / MM / AAAA 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? DD / MM / AAAA

¿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: DD / MM / AAAA

(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: