

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:

¿Qué sexo se le asignó al nacer? (rodee con un círculo) Hombre Mujer

¿Cuál es su identidad de género? (rodee con un círculo) Hombre (incluye hombres trans) Mujer (incluye mujeres trans) No binaria

Dirección:

Condado: Código Eircode:

Número de teléfono móvil: Dirección de correo electrónico:

Nombre y dirección del médico de familia:

Solo personal sanitario: ¿En qué hospital o servicio trabaja?

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

¿Ha recibido 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 alguna vez alergia a alguna vacuna anteriormente? Sí No

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

¿Tiene algún tipo de alergia grave? Sí No

En caso afirmativo, especifique a qué

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

¿Padece dermatitis atópica? Sí No

¿Tiene antecedentes de formación de cicatrices queloides? Sí No

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

¿Está embarazada? Sí No

¿Se encuentra en periodo de lactancia? Sí No

¿Tiene previsto vacunarse contra la COVID-19 en las próximas cuatro semanas? Sí No

Apartado 2: Consentimiento

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

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

Doy mi consentimiento a recibir un ciclo de MVA-BN (1 o 2 dosis con 28 días de diferencia) según lo determine un profesional sanitario adecuado

Firma: Fecha:

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: