



Subsecretaría de Salud pública  
División de Prevención y Control de Enfermedades  
Departamento de Inmunizaciones

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE VACUNACIÓN ESPECIAL

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO		
Región: X	Comuna:	
Establecimiento:		
Fecha solicitud:		
Fecha recepción solicitud en SEREMI :		
DATOS DEL PACIENTE		
Nombre completo:		
Nacionalidad:	Rut :	
Edad:	Fecha de Nac.	Sexo: M ( ) F ( )
Condiciones o patología:		
Teléfono de Contacto :		

Marcar vacuna (X)	Vacuna (s) solicitada(s)	Nº dosis solicitadas	Observaciones
	BCG		
	Hepatitis A		
	Hepatitis B		
	Hexavalente		
	Neumo 10 valente		
	Neumo 13 valente		
	Neumo 23 valente		
	Polio Inyectable		
	Polio Oral		
	dT		
	dTpa		
	Hib		
	Menveo		
	Nimenrix		
	SRP		
	VPH		
	Rotavirus		
	Varicela		
	Otras:		

**IMPORTANTE:** Recuerde adjuntar Orden médica y Notificación ESAVI si corresponde.