



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

FORMULARIO DE SOLICITUD DE VACUNACIÓN ESPECIAL

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO	
Región:	Comuna:
Establecimiento:	
Fecha solicitud:	

DATOS DEL PACIENTE	
Nombre completo:	
Rut /DNI /Pasaporte:	Fecha de Nacimiento:
Edad:	Sexo: M () F () Otro ()
Diagnóstico clínico:	
Tratamiento farmacológico: (Nombre de medicamento y dosis)	

Marcar vacuna (X)	Vacuna (s) solicitada(s)	N.º dosis solicitadas	Observaciones
	BCG		
	Bexsero		
	dT		
	dTpa		
	Hepatitis A		
	Hepatitis B		
	Hexavalente		
	Hib		
	Influenza		
	Neumo 13 valente		
	Neumo 23 valente		
	Nimenrix		
	Polio inyectable		
	Rotavirus		
	SRP		
	Varicela		
	VPH		
	Otras:		

IMPORTANTE: Recuerde adjuntar Orden médica, Epicrisis o Historia clínica y Notificación ESAVI si corresponde.