



**Instituto Nacional de Pediatría**  
 Av. Insurgentes Sur 3700-C  
 Col. Insurgentes Cuicuilco Del. Coyoacán C.P. 04530 Tel: 10 84 09 00 Ext: 1167

**Departamento de Medicina Comunitaria**  
**Servicio de Medicina Preventiva**

**“SOLICITUD PARA APLICACIÓN DE BIOLÓGICO”**

SERVICIO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

MEDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ CLAVE: \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ CAMA: \_\_\_\_\_ EXTERNO:

(X)	VACUNA SOLICITADA *	FECHA DE APLICACIÓN DE ÚLTIMA DOSIS	(X)	VACUNA SOLICITADA *	FECHA DE APLICACIÓN DE ÚLTIMA DOSIS
	BGG			ANTIINFLUENZA	
	ANTIHEPATITIS B			Td (toxoides tetánico diftérico)	
	PENTAVALENTE ACELULAR (DPaT+VIP+Hib)			SRP (sarampión, rubéola, parotiditis)	
	NEUMOCOCCICA CONJUGADA (7 Valente)			DPT (difteria, tosferina y tétanos)	
	SR (doble viral: sarampión, rubéola)		OTRA		
	VARICELA (solo se aplicará en brotes a los contactos de casos de varicela, previa valoración por Epidemiología)				
	HEPATITIS "A" (se aplicará a pacientes con riesgo específico, previa valoración por medio tratante y Epidemiología)				

RECIBÍO SOLICITUD: \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ CLAVE \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

VACUNADOR: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

**\*NOTA : PARA LA APLICACIÓN DE CUALQUIER VACUNA ES INDISPENSABLE LA “CARTILLA DE VACUNACIÓN”**

Elaborar en original y copia: La original se quedará en el expediente.