

## ANEXO II

### Formulario de solicitud individual de vacunas de grupos de riesgo que no son de uso sistemático. (Actualizado abril 2026)

IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO SOLICITANTE		
Centro solicitante:	Responsable de la solicitud	
Dirección:	Localidad:	
Teléfono:                      Extensión:	Fecha:	
Email:		
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
CIP:	NIF*:	Fecha de nacimiento*:
Nombre:		Apellidos:
INDICACIÓN ESPECÍFICA DE LA VACUNA		
Señalar motivo de inclusión en los grupos de riesgo presentes en las recomendaciones financiadas por el sistema de salud		

\*Campos obligatorios

VACUNA*	CANTIDAD	VACUNA	CANTIDAD
Haemophilus influenzae tipo B ( <b>Hib</b> )		Hepatitis A pediátrica ( <b>HA pediátrica</b> )	
Poliomielitis inactivada ( <b>VPI</b> )		Hepatitis A adulto ( <b>HA adulto</b> )	
Viruela del Mono ( <b>MPOX</b> )		Hepatitis B pediátrica ( <b>HB pediátrica</b> )	
Vacuna VRS ( <b>VRS</b> )		Hepatitis B adulto ( <b>HB adulto</b> )	
		Hepatitis B adyuvada ( <b>HB AS04C</b> )	
		Otras Vacunas:	

\*

Enviar al Servicio Territorial de Sanidad de

Este formulario es editable, una vez cumplimentado se enviará a través de correo electrónico al Servicio Territorial de Sanidad de su provincia para formalizar la solicitud. Disponible en [Documentación para profesionales y gestión de vacunas. | Profesionales \(saludcastillayleon.es\)](#)

Se recuerda que las dosis de vacunas suministradas por el Programa de Vacunaciones desde los Servicios Territoriales de Sanidad a los centros sanitarios:

- 1) Se emplearán exclusivamente en la población diana (sistemática y/o grupos de riesgo).
- 2) Toda vacuna administrada deberá registrarse correctamente indicando el motivo de vacunación
- 3) Los puntos 1 y 2 podrán ser comprobados en cualquier momento por la Dirección General de Salud Pública.