Junta de Castilla y León
Consejería de Sanidad y Bienestar Social

SOLICITUD VACUNA GRIPE, COVID, VRS Y ANTICUERPO MONOCLONAL VRS

Campaña 2026-2027

IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO SOLICITANTE	
Centro peticionario:	**Responsable de vacunas:**
Dirección:	**Localidad:**
Teléfono:	**Fecha:**
VACUNA GRIPE	**CANTIDAD (Nº de dosis)**
VAXIGRIP® (trivalente de virus fraccionados) Población de riesgo ≥ 12 años-59 años. Embarazadas. Población general hasta 59 años.	
FLUENZ® (trivalente atenuada intranasal) Niños entre 2 y 11 años inclusive	
EFLUELDA® (trivalente de virus fraccionados de alta carga) Población institucionalizados y grandes dependientes ≥ 60 años	
FLUAD® (trivalente de inmunogenicidad reforzada-Adyuvada) Población general ≥ 60 años no institucionalizados Grandes inmunodeprimidos >50 años	
FLUCELVAX® (no crecida en huevo) 6-23 meses + En caso de alergia a antibióticos	

VACUNA COVID 19	CANTIDAD (Nº de dosis)
COMIRNATY XFG 30 microgramos ADULTOS (≥ 12 años)	
COMIRNATY XFG 10 microgramos PEDIÁTRICA (de 6 meses a 11 años)	
BIMERVAX XFG.1.1 40 microgramos (≥ 12 años)	

ANTICUERPO MONOCLONAL VRS	CANTIDAD (Nº de dosis)
BEYFORTUS 50 mg (niños < 5 kg)	
BEYFORTUS 100 mg (niños ≥ 5 kg)	

VACUNA VRS ADULTOS	CANTIDAD (Nº de dosis)
ABRYSVO Población institucionalizada en residencias de mayores y centros de discapacidad, personas en grupo de riesgo recomendados >18 años, no vacunados previamente	

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).