

VACUNAS CHECK LIST

NOMBRE DEL PRODUCTO: _____

Titular: _____ Solicitante: _____

Marque con una X Sí o No existe el documento

	SÍ	NO
SOLICITUD GENERAL PARA REGISTRO SANITARIO		
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
a.		
b.		
c.		
14		
a.		
b.		
c.		
d.		
15		
16		
17		
VACUNAS, SUEROS INMUNE Y ALERGENOS		
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
HOMOLOGACIÓN DE BIOLÓGICOS		
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

FECHA: _____