

Visiting institution information

Name:

Address:

City, county and state: Phone number:

Scheduled Date and Purpose of Visit

From: to

- ☐ Academic
- ☐ Equipment maintenance
- ☐ Biosafety audit
- ☐ Scientific
- ☐ Equipment installation
- ☐ Institutional supervision
- ☐ Technical training / certification
- ☐ Instrument calibration
- ☐ Product demonstration
- ☐ Technical consultant
- ☐ Specialized technical support
- ☐ Commercial meeting
- ☐ Research stay (≥ 2 months)
- ☐ Regulatory inspection
- ☐ Official visit

Briefly describe the purpose of the visit

- Do visitors require biosafety training?

☐ Yes☐ No
- Will visitors bring in personal equipment or work materials ?

☐ Yes☐ No
- Will visitors remove equipment or instruments from the laboratory ?

☐ Yes☐ No
- Will visitors introduce, handle, or remove biological agents ?

☐ Yes☐ No

Visitor information

Do you have any medical condition related to immunosuppression?

Full name	☐ ☐	Age	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	Document #	☐
	☐ ☐		☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐		☐
	☐ ☐		☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐		☐
	☐ ☐		☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐		☐
	☐ ☐		☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐		☐
	☐ ☐		☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐		☐
	☐ ☐		☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐		☐
	☐ ☐		☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐		☐

Autorización

Name:

Title:

Signature:

LGVH:

Signature:

Date:

Información de la institución visitante

Nombre:

Dirección:

Localidad, municipio y estado:

Teléfono:

Fecha programada y propósito de la visita

Desde el al

☐ Académico

☐ Científico

☐ Capacitación técnica/entrenamiento

☐ Consultoría técnica

☐ Estancia técnica (≥ 2 meses)

☐ Mantenimiento de equipos

☐ Instalación de equipos

☐ Calibración de instrumentos

☐ Soporte técnico especializado

☐ Inspección regulatoria

☐ Auditoría de bioseguridad

☐ Supervisión institucional

☐ Demostración de productos

☐ Reunión comercial

☐ Visita oficial/protocolaria

Describe brevemente el propósito de la visita:

¿Los visitantes requieren capacitación en bioseguridad?

☐ Si ☐ No

¿Los visitantes necesitan introducir equipo o material de trabajo personal?

☐ Si ☐ No

¿Los visitantes retirarán equipo o instrumentos del laboratorio?

☐ Si ☐ No

¿Los visitantes ingresarán, manipularán o retirarán agentes biológicos?

☐ Si ☐ No

Información de visitantes

¿Presenta alguna condición médica asociada a inmunosupresión?

Nombre completo	♀	♂	Edad	Mexicano	Extranjero	Pasaporte	Cartilla militar	Cred. INE	Lic. conductor	ID institucional	# Documento	Fotocopia
	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐
	☐	☐		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		☐

Autorización

Nombre:

Puesto:

Firma:

VoBo LGVH:

Firma:

Fecha:

Documento obligatorio para ingreso a área BSL-3.