

FORMULARIO PARA DOCUMENTAR LA PÉRDIDA/DISPOSICIÓN DE VACUNA COVID-19

Es responsabilidad de cada proveedor reportar las dosis perdidas o descartadas. INSTRUCCIONES: Complete toda la información solicitada en este informe y sométalo por correo electrónico a la región de vacunación correspondiente. Todo proveedor debe guardar una copia para su referencia.

Nombre de Proveedor:	Número de Proveedor:
Persona que somete el reporte:	Teléfono:
Fecha de reporte:	Región de Vacunación:

Identifique la vacuna para la que reportará la pérdida (por su manufacturera, empaque y NDC). Luego especifique el número de lote, fecha de expiración del lote, número de dosis que se perdieron y la razón (utilice las categorías abajo).

Manufacturera de la vacuna COVID-19 Presentación del frasco/ Grupo de edad	Número de NDC	Número de lote	Fecha de expiración	Número de dosis	Código-Razón
Moderna Frasco de 10 dosis, tapón rojo/ 18 años o más	80777-0273-99				
Moderna Frasco de 14 dosis, tapón rojo/ 18 años o más	80777-0273-98				
Moderna (Bivalente) Frasco de 5 dosis, tapón azul oscuro/ 18 años o más	80777-282-99				
Moderna Frasco de 10 dosis, tapón azul/ 6 meses–5 años	80777-0279-99				
Pfizer-BioNTech Frasco de 6 dosis, tapón gris/ 12 años o más	59267-1025-04				
Pfizer-BioNTech Frasco de 6 dosis, tapón violeta/ 12 años o más	59267-1000-03				
Pfizer-BioNTech Frasco de 6 dosis, tapón violeta/ 12 años o más	59267-1000-02				
Pfizer-BioNTech (Bivalente) Frasco de 6 dosis, tapón gris/ 12 años o más	59267-0304-1				
Pfizer-BioNTech Frasco de 10 dosis, tapón anaranjado/ 5–11 años	59267-1055-04				
Pfizer-BioNTech Frasco de 10 dosis, tapón maroon/ 6 meses–4 años	59267-0078-04				
Novavax Frasco de 10 dosis / 18 años o más	80631-100-01				

Código – Razón de la pérdida	5 Almacenamiento inadecuado de frascos al recibirlos	10 Jeringuilla llena que no se utilizó
1 Vacuna expirada	6 Vacuna pérdida en tránsito– mal manejo del carrero	11 No se puede contabilizar
2 Apagón/Desastre natural	7 Falla mecánica del refrigerador/congelador	12 Frasco abierto, No se administraron todas las dosis
3 Temperaturas altas (muy calientes)	8 Retiro del producto del mercado	13 Otra
4 Temperaturas bajas (muy frías)	9 Frasco/jeringuilla roto, caído, derramado	

Explique en detalle la situación ocurrida y el plan de acción para prevenir la situación en el futuro.

Envíe copia de este documento por correo electrónico a su Región de Vacunación.

AGUADILLA carramos@salud.pr.gov edmarie.lorenzo@salud.pr.gov waleska.torres@salud.pr.gov	ARECIBO marcolon@salud.pr.gov glorimar.serrano@salud.pr.gov
BAYAMON jrcoriano@salud.pr.gov fort.ruiz@salud.pr.gov chakira.otero@salud.pr.gov jean.garay@salud.pr.gov	CAGUAS amarodriguez@salud.pr.gov marisel.rios@salud.pr.gov nilsa.sierra@salud.pr.gov Yara.delgado@salud.pr.gov
FAJARDO marburgos@salud.pr.gov brayan.trinidad@salud.pr.gov	MAYAGUEZ micruz@salud.pr.gov jennifer.velez@salud.pr.gov karynoshka.ramos@salud.pr.gov
METROPOLITANA lhiraldo@salud.pr.gov ruth.ayala@salud.pr.gov	PONCE mariarivera@salud.pr.gov eny.luciano@salud.pr.gov aileen.gilormini@salud.pr.gov