

# Documento Entrega de Vacuna COVID-19



Proveedor **que entrega:**  VOCES HUB (87164)  Droguería Betances (47236)  Otro: \_\_\_\_\_

Proveedor **que recibe:** \_\_\_\_\_ PIN: \_\_\_\_\_

Contacto Manejo Vacuna: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha Entrega: Día \_\_\_ Mes \_\_\_ Año \_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_ am pm

## Vacuna entregada **-BIVALENTE ADULTO-**

## BOOSTER

<input type="checkbox"/> <b>MODERNA</b> Cantidad (Frascos): _____ # Lote: _____ #Frascos: _____ #Lote: _____ #Frascos: _____ Fecha Expiración: Día ___ Mes ___ Año ___ Temperatura: _____ Almacene en neveras (2-8°C) hasta por <b>30 días</b> <input type="checkbox"/> 12 años en adelante	<b>Fecha y hora límite para usar estas vacunas:</b> Día: _____ Mes: _____ Año _____ Hora ___:___ am pm
--	--

<input type="checkbox"/> <b>BioNTech-PFIZER</b> Cantidad (Frascos): _____ # Lote: _____ #Frascos: _____ #Lote: _____ #Frascos: _____ Fecha Expiración: Día ___ Mes ___ Año ___ Temperatura: _____ Almacene en neveras (2-8°C) hasta por <b>10 semanas</b> <input type="checkbox"/> 12 años en adelante	<b>Fecha y hora límite para usar estas vacunas:</b> Día: _____ Mes: _____ Año _____ Hora ___:___ am pm
---	--

Persona que recibe las Vacunas

Persona que entrega las Vacunas

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

### ATENCIÓN PROVEEDOR

Al momento de esta transacción y en presencia de la otra parte, **COMPARE** los datos de las boletas contra el material recibido (ya sean vacunas o ancillary kits). Para las vacunas, utilice la lista de verificación. Una vez verifique la orden, almacene las vacunas inmediatamente según las indicaciones y acepte las dosis recibidas en el Puerto Rico Electronic Immunization System (PREIS).

#### Lista de verificación

**¿Coincide la información en las vacunas recibidas con la información en boleta?**

marca de vacuna recibida	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
cantidad de frascos recibidos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
número de lote en los frascos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
fecha de manufactura en los frascos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

#### ¿Qué hago si hay discrepancias?

- Solucione la situación al momento y almacene las vacunas inmediatamente según las indicaciones.
- Notifique las discrepancias inmediatamente a la coordinadora regional a través de correo electrónico y/o llamada telefónica.
- Acepte la orden o transferencia en PREIS.