

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-** PRIMARIA

SINGLE DOSE VIAL-NO ANCILLARY KITS

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

Persona que recibe las Vacunas
Nombre: _____

Persona que entrega las Vacunas
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.