

# 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 INFANTES-**

<input type="checkbox"/> <b>ARNm-1273 MODERNA</b> Cantidad (Fascos): _____ # Lote: _____ #Fascos: _____ #Lote: _____ #Fascos: _____ Fecha Expiración: Día ___ Mes ___ Año ___ Temperatura: _____ Almacene en neveras (2-8°C) hasta por <b>30 días</b> <input type="checkbox"/> 6 meses - 5 años	<b>Fecha y hora límite para usar estas vacunas:</b> Día: _____ Mes: _____ Año _____ Hora ___:___ am pm
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<input type="checkbox"/> <b>BioNTech-PFIZER</b> Cantidad (Fascos): _____ # Lote: _____ #Fascos: _____ #Lote: _____ #Fascos: _____ Fecha Expiración: Día ___ Mes ___ Año ___ Temperatura: _____ Almacene en neveras (2-8°C) hasta por <b>10 semanas</b> <input type="checkbox"/> 6 meses - 4 años	<b>Fecha y hora límite para usar estas vacunas:</b> Día: _____ Mes: _____ Año _____ Hora ___:___ am pm
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Persona que recibe las Vacunas

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

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

Persona que entrega las Vacunas

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

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. En el caso de los *ancillary kits*, todo proveedor de Pfizer-BioNTech tiene que validar que recibe la misma cantidad de diluentes que de vacunas.

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 en PREIS.