

Documento Entrega de Vacuna COVID-19



HUB que entrega: PHSU (17184) PRNG (17191) Otro _____

Institución que recibe: _____ PIN: _____ Forma VC2020-001 V6. 03/09/2021

Contacto Manejo Vacuna: _____ Teléfono: _____

Fecha Entrega: Día ___ Mes ___ Año ___ Hora ___: ___ am pm

Vacuna entregada

BioNTech-PFIZER Cantidad (Fascos) _____
Lote: _____ # Frascos: _____ # Lote: _____ # Frascos: _____
Fecha Expiración: Día ___ Mes ___ Año ___ Temp. _____
Almacene en neveras (2-8°C) hasta por **5 días**

Fecha y hora a partir de la cual cuentan los 5 días (120 horas):

Día ___ Mes ___ Año ___

Hora ___: ___ am pm

ARNm-1273 MODERNA Cantidad (Fascos) _____
Lote: _____ # Frascos: _____ # Lote: _____ # Frascos: _____
Fecha Expiración: Día ___ Mes ___ Año ___ Temp. _____
Almacene en neveras (2-8°C) hasta por **30 días**

Fecha y hora límite para usar esta entrega de vacunas:

Día ___ Mes ___ Año ___

Hora ___: ___ am pm

JANSSEN Cantidad (Fascos) _____
Lote: _____ # Frascos: _____ # Lote: _____ # Frascos: _____
Fecha Expiración: Día ___ Mes ___ Año ___ Temp. _____
Almacene en neveras (2-8°C) hasta por **30 días**

Vacunas recibidas de:

Guardia Nacional

Otro _____

PERSONA QUE RECIBE LAS VACUNAS

Nombre: _____

Firma: _____

PERSONA QUE ENTREGA LAS VACUNAS

Nombre: _____

Firma: _____

Para institución que recibe

Documento Entrega de Vacuna COVID-19



HUB que entrega: PHSU (17184) PRNG (17191) Otro _____

Institución que recibe: _____ PIN: _____ Forma VC2020-001 V6. 03/09/2021

Contacto Manejo Vacuna: _____ Teléfono: _____

Fecha Entrega: Día ___ Mes ___ Año ___ Hora ___: ___ am pm

Vacuna entregada

BioNTech-PFIZER Cantidad (Fascos) _____
Lote: _____ # Frascos: _____ # Lote: _____ # Frascos: _____
Fecha Expiración: Día ___ Mes ___ Año ___ Temp. _____
Almacene en neveras (2-8°C) hasta por **5 días**

Fecha y hora a partir de la cual cuentan los 5 días (120 horas):

Día ___ Mes ___ Año ___

Hora ___: ___ am pm

ARNm-1273 MODERNA Cantidad (Fascos) _____
Lote: _____ # Frascos: _____ # Lote: _____ # Frascos: _____
Fecha Expiración: Día ___ Mes ___ Año ___ Temp. _____
Almacene en neveras (2-8°C) hasta por **30 días**

Fecha y hora límite para usar esta entrega de vacunas:

Día ___ Mes ___ Año ___

Hora ___: ___ am pm

JANSSEN Cantidad (Fascos) _____
Lote: _____ # Frascos: _____ # Lote: _____ # Frascos: _____
Fecha Expiración: Día ___ Mes ___ Año ___ Temp. _____
Almacene en neveras (2-8°C) hasta por **30 días**

Vacunas recibidas de:

Guardia Nacional

Otro _____

PERSONA QUE RECIBE LAS VACUNAS

Nombre: _____

Firma: _____

PERSONA QUE ENTREGA LAS VACUNAS

Nombre: _____

Firma: _____

Para persona que entrega

ATENCIÓN PROVEEDOR

Al momento de esta transacción y en presencia de la otra parte, **COMPARE** los datos de la boleta 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 diluyentes 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).

¿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.

LISTA DE VERIFICACIÓN

¿Coincide la información en las vacunas recibidas con la información en boleta?		
<u>marca</u> de vacuna recibida	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<u>cantidad</u> de frascos recibidos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<u>número de lote</u> en los frascos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<u>fecha de expiración</u> en los frascos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

ATENCIÓN PROVEEDOR

Al momento de esta transacción y en presencia de la otra parte, **COMPARE** los datos de la boleta 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 diluyentes 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).

¿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.

LISTA DE VERIFICACIÓN

¿Coincide la información en las vacunas recibidas con la información en boleta?		
<u>marca</u> de vacuna recibida	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<u>cantidad</u> de frascos recibidos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<u>número de lote</u> en los frascos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<u>fecha de expiración</u> en los frascos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>