

Documento Entrega de Vacuna COVID-19

DEPARTAMENTO DE
SALUD



HUB que entrega: CDI (8783) PHSU (17184) TRT (17185)

Forma VC2020-001 V3. 02/02/2021

Otro _____ PIN: _____

Institución que recibe: _____ PIN: _____

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**

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**

Nombre persona que recibe: _____

Firma persona que recibe: _____

Nombre persona que entrega: _____

Firma persona que entrega: _____

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

Día ___ Mes ___ Año _____

Hora ___: ___ am pm

**Fecha y hora límite para usar
esta entrega de vacunas:**

Día ___ Mes ___ Año _____

Hora ___: ___ am pm

Vacunas recibidas de:

Guardia Nacional

Otro _____

Para **reordenar** vacunas puede acceder al formulario en <https://www.vacunatepr.com/covid-19>

Puede completar el formulario electrónicamente o enviarlo por email a ordenescovid19@salud.pr.gov

Para institución que recibe

Documento Entrega de Vacuna COVID-19

DEPARTAMENTO DE
SALUD



HUB que entrega: CDI (8783) PHSU (17184) TRT (17185)

Forma VC2020-001 V3. 02/02/2021

Otro _____ PIN: _____

Institución que recibe: _____ PIN: _____

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**

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**

Nombre persona que recibe: _____

Firma persona que recibe: _____

Nombre persona que entrega: _____

Firma persona que entrega: _____

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

Día ___ Mes ___ Año _____

Hora ___: ___ am pm

**Fecha y hora límite para usar
esta entrega de vacunas:**

Día ___ Mes ___ Año _____

Hora ___: ___ am pm

Vacunas recibidas de:

Guardia Nacional

Otro _____

Para **reordenar** vacunas puede acceder al formulario en <https://www.vacunatepr.com/covid-19>

Puede completar el formulario electrónicamente o enviarlo por email a ordenescovid19@salud.pr.gov

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 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).

¿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 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).

¿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"/>