



## ACTA PARA ELIMINACIÓN DE PRODUCTOS BIOLÓGICOS

*INSTRUCCIONES: imprima y complete de manera íntegra el formulario. Si falta información para el detalle de los productos, complete una nueva hoja.*

REGIÓN \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
NOMBRE \_\_\_\_\_  
ESTABLECIMIENTO / DVI \_\_\_\_\_ CÓDIGO DEIS \_\_\_\_\_

Se procede a eliminar los siguientes productos, debido a las causas que se señalan:

### CAUSALES DE RETIRO: (MARQUE LAS QUE CORRESPONDA)

- EXCURSIÓN DE TEMPERATURA  
 VENCIMIENTO O CADUCIDAD DEL PRODUCTO  
 PÉRDIDA DEL PRODUCTO BIOLÓGICO DURANTE EL PROCESO DE VACUNACIÓN  
 FALLA DEL PRODUCTO BIOLÓGICO DESDE EL LABORATORIO FABRICANTE  
 OTRA (ESPECIFIQUE): \_\_\_\_\_

### DETALLE DE PRODUCTOS BIOLÓGICOS:

Marca comercial producto	N° de dosis	N° de frascos	Lote	Fecha de caducidad	Observaciones

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma DT DVI – Director/a  
establecimiento de salud

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma Encargada PNI  
establecimiento de salud

RECEPCIONADO POR: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
*Declaro que los productos recibidos serán destinados al propósito que se establece en el presente formulario y que se cumplirá la reglamentación vigente para la disposición de éstos*

USO EXCLUSIVO EMPRESA – SÓLO ELIMINACIÓN EN DVI