



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