REGISTRO DE LIMPIEZA PARA EQUIPOS DE ALMACENAMIENTO DEL PROGRAMA NACIONAL DE INMUNIZACIONES

Establecimiento: _____ Servicio clínico: _____

Código DEIS: _____ Comuna: _____ Región: _____

Identificación equipo de refrigeración: _____

Tipo de equipo: ☐ Clínico ☐ Doméstico acondicionado Uso: ☐ UR ☐ Vacunas e inmunoglobulinas

Fecha	Producto de limpieza	Nombre del ejecutor	Firma del ejecutor

_____

Nombre y firma encargado/a PNI establecimiento de salud