REGISTRO MANUAL DE TEMPERATURAS EN USO DE CIP PARA ACTIVIDADES DE VACUNACIÓN INTRA O EXTRAMURAL

Establecimiento: _____ Servicio clínico: _____

Código DEIS: _____ Comuna: _____ Región: _____

Configuración CIP: ☐ Invierno ☐ Verano Tipo de actividad: ☐ Intramural ☐ Extramural

Temperatura de salida del establecimiento _____ °C Fecha ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Hora	Temperatura interior CIP	Temperatura Ambiente	Recambio de UR		Responsable Registro	Observaciones
			SI	NO		

_____
Nombre y firma encargado/a
PNI establecimiento de salud