



Subsecretaría de Salud Pública  
División de Planificación Sanitaria  
Departamento de Inmunizaciones

Región:

Comuna:

Establecimiento:

## **ACTA DE ELIMINACIÓN DE VACUNAS**

Con fecha..... de.....del año....., se procede a la eliminación de los siguientes productos por las causas que se señalan:

### **Causales de eliminación:**

(Marque con una X la que corresponda)

Por vacunas contaminadas	
Por quiebre de cadena de frío	
Por fecha de caducidad	
Otras (especificar):	

<b>Marca comercial vacunas</b>	<b>N° de dosis</b>	<b>N° de frasco</b>	<b>Serie o lote</b>	<b>Fecha de caducidad</b>	<b>Comentarios</b>

### **Forma de eliminación:**

--

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma  
Encargada/o del PNI

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma  
Director Establecimiento