Subsecretaría de Salud Pública
División de Planificación Sanitaria
Departamento de Inmunizaciones

Región:

Comuna:

Establecimiento:

NOTIFICACIÓN PÉRDIDA DE VACUNAS

Fecha de Informe:

Fecha pérdida de vacunas:

Marca comercial vacunas	N ° de Dosis	Nº de Frascos	Serie o Lote	Fecha de Caducidad	Comentarios

Causa de la pérdida de vacunas:

Nombre y firma
Encargada/o del PNI

Nombre y firma
Director Establecimiento