Ministerio de Salud Pública

Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes

PLANILLA PARA PUESTOS VACUNATORIOS

Fecha:	**Turno:**
Departamento:	**Localidad:**
Lugar:	**N° de Puesto:**
Vacuna:	
Nombre del responsable:	

El área de trabajo se encuentra en condiciones adecuadas: Si No Hora: _____

Observaciones:_____

Se encuentran todos los integrantes del equipo: Si No

Observaciones:_____

N° de conservadora:

Control de temperatura de conservadoras del puesto vacunatorio				
Hora	**Temperatura A (°C)**	**Temperatura B (°C)**	**Cantidad Ice Pack repuesto**	**Observaciones**

Registro de llamados a Emergencia móvil		
Hora	**Nombre**	**C.I.**

Cantidad inicial de viales:

Recuento durante el turno	
Reposición de viales	
Hora	**Cantidad**
Total	

Cantidad personas agendadas para el turno:

Cantidad personas agendadas vacunadas en el turno:

Cantidad personas sin agendar vacunadas en el turno:

Firma responsable:

_____

Aclaración: