PLANILLA DE DESCARTE DE VIALES

Ministerio de Salud Pública

Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes

Importante: esta planilla debe ser completada por el **Preparador** del puesto vacunatorio.

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

Viales descartados	
Hora	**Cantidad**
Total	

Observaciones:____
____
____
____

Viales reconstituidos sin administrar:

Observaciones:____
____

_______________________________ _______________________________

Firma responsable **Aclaración**