



Declaración responsable de custodia y conservación de vacunas

Datos del centro sanitario

Nombre o razón social del centro	
Número de identificación de centro autorizado	
Domicilio o sede social	
Localidad y provincia	

Datos del titular o representante legal declarante

Nombre y apellidos	
NIF/DNI	
Cargo en el centro	
Domicilio a efectos de notificaciones	
Teléfonos de contacto	
Correo electrónico	

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

Que, como titular / representante legal del centro sanitario arriba identificado, y a los efectos de recibir y administrar las vacunas suministradas por la Consejería de Salud de las Illes Balears,

PRIMERO. Que el centro sanitario cumple con todos los requisitos materiales, técnicos y humanos exigidos por la legislación vigente y por las instrucciones de la Dirección General de Salud Pública para la correcta custodia y conservación de las vacunas recibidas.

SEGUNDO. Que dispone de los equipos e instalaciones necesarios (especialmente cámaras frigoríficas, neveras de uso exclusivo y con control de temperatura) para garantizar la cadena de frío, manteniendo las vacunas dentro del rango de temperatura establecido (habitualmente, entre 2 °C y 8 °C) de forma continua.

TERCERO. Que me comprometo a:



1. Custodiar y conservar las vacunas en todo momento, evitando cualquier alteración o pérdida de la cadena de frío, aplicando los protocolos de vigilancia y control de temperatura, incluyendo el registro de máximas y mínimas.
2. Seguir estrictamente las instrucciones recibidas de Salud Pública en cuanto a la recepción, almacenamiento, manipulación, administración y registro de las dosis de vacunas.
3. Utilizar las vacunas exclusivamente para los fines, las poblaciones y los programas de vacunación para los que han sido suministradas por la autoridad sanitaria.
4. Garantizar el registro adecuado de todas las vacunas recibidas, administradas, y en su caso, destruidas o devueltas, conforme a los procedimientos y soportes documentales establecidos.
5. Notificar inmediatamente a la autoridad sanitaria cualquier incidencia grave que afecte a la conservación de las vacunas (por ejemplo, la rotura de la cadena de frío).

CUARTO. Que el centro sanitario dispone de la documentación que acredita el cumplimiento de todos los requisitos anteriores y se compromete a mantener dicho cumplimiento durante el tiempo inherente al ejercicio de la actividad de vacunación, así como a poner dicha documentación a disposición de la Administración cuando le sea requerida.

Y para que conste y surta los efectos oportunos ante la administración sanitaria, firmo la presente declaración responsable.

En _____, a _____ de _____ de 202__

[Firma]

[Nombre y apellidos]

[Sello del centro (si procede)]