

FORMULARIO GENERAL DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

NOMBRE DEL PACIENTE _____ EDAD _____

DIAGNÓSTICO _____ N° RUT _____

SERVICIO _____ FECHA DE INGRESO _____

FECHA DE INCIDENTE _____ HORA INCIDENTE _____

EVENTO ADVERSO:

ULCERA POR PRESIÓN ☐

ERROR DE MEDICACIÓN ☐

EVENTO CENTINELA ☐

OTRO ☐

¿FUE VISTO POR MEDICO DE TURNO?
SE AVISO A FAMILIAR (ES)

☐ SI
☐ SI

☐ NO
☐ NO

DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE

MEDIDAS INMEDIATAS TOMADAS

Notificado por _____ Fecha _____

Recepcionado por Encargada de Calidad: _____