

NOTIFICACIÓN DE EVENTO ADVERSO/CENTINELA			
Identificación del notificante			
Nombre:		Cargo:	Fecha Notificación:
Notificación del evento			
Evento adverso <input type="checkbox"/>		Evento centinela <input type="checkbox"/>	Tipo Evento:
Fecha Ocurrencia:	Hora:	CR/Servicio:	
Identificación del paciente	Nombre:		Rut:
	Edad:	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Nº Ubic. int.:
	Diagnóstico(s):		
Descripción del evento:			
Acciones Inmediatas:			
Se informa del evento a:			
Jefe Servicio <input type="checkbox"/>	Médico de Turno <input type="checkbox"/>	Jefe Turno UEH <input type="checkbox"/>	Médico Tratante <input type="checkbox"/>
Supervisor(a) <input type="checkbox"/>	Profesional de Turno <input type="checkbox"/>	E.U Jefe Turno UEH <input type="checkbox"/>	Paciente/Familiar <input type="checkbox"/>
Otro: _____			
Uso Departamento Calidad Asistencial			
Confirmación evento SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Evento:			
Fecha recepción y hora:	Nombre y Firma Prof. Depto.	Nombre y Firma Jefe Depto.	