**FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS CESFAM JOSÉ JOAQUÍN AGUIRRE**

**Datos del paciente**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |
| Rut |  |
| Edad |  |

**Datos del Evento**

|  |  |
| --- | --- |
| Unidad |  |
| Fecha |  |
| Hora |  |
| Tipo de evento (adverso o centinela) |  |

**Descripción del evento**

|  |
| --- |
|  |

**Evaluación médica**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ACTIVIDADES | SI | NO | N/A | Observaciones |
| Requiere Evaluación Médica |  |  |  |  |
| Requiere tratamiento |  |  |  |  |
| Se administra tratamiento en cesfam |  |  |  |  |
| Requiere derivación a Servicio de Urgencia |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma encargado de Unidad