

{}

PLAN DE MEJORAMIENTO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE - PROFESIONAL INDEPENDIENTE

FORMATO 4

INDICACIÓN DE DILIGENCIAMIENTO: El presente formato debe ser diligenciado y firmado exclusivamente por el Profesional Independiente que habilita el servicio. En el formato se deben registrar las acciones de mejora que el profesional independiente va a implementar para evitar que se presenten cada uno de los eventos adversos o incidentes priorizados.

| CAUSAS | ACCIÓN DE MEJORA | Fecha de Inicio | Fecha de Finalización | Fecha de Seguimiento | Resultado del Seguimiento (Se cumplió, atrasada, no iniciada) |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

En constancia de lo anterior firma:

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

FIRMA

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

NOMBRE

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

FECHA