



MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO
HOSPITAL PENCO LIRQUÉN

FORMULARIO NOTIFICACION DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y CENTINELAS

NOMBRE DEL PACIENTE:

RUN DEL PACIENTE:

UNIDAD O LUGAR DE OCURRENCIA:

FECHA DEL EVENTO:

TIPO DE EVENTO ADVERSO O CENTINELA QUE SE REPORTA:

Identifique con una X el EA o EC que está notificando

- ☐ Caída de paciente con o sin daño severo
☐ Error de medicación: Dispensación () Administración () Prescripción ()
☐ Extravío de biopsias
☐ Úlcera por presión (Grado: ____)
☐ Reacción Adversa a Transfusión
☐ Flebitis
☐ Suspensión de intervención quirúrgica por causa institucional
☐ Reacción adversa a medicamento
☐ Infección asociada a la atención de salud (IAAS)
☐ Distribución de material no estéril al servicio clínico
☐ Reintervención quirúrgica no programada
☐ Trombosis venosa profunda o Tromboembolismo pulmonar
☐ Otro _____

BREVE DESCRIPCION DEL EVENTO:

CAUSA DAÑO A PACIENTE: SI () NO () TIPO DE DAÑO: _____

SE INFORMA A: PACIENTE () FAMILIARES Y/O TUTOR LEGAL () ACOMPAÑANTES () NO SE INFORMA ()