



MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO  
HOSPITAL PENCO LIRQUÉN

## FORMULARIO ANÁLISIS EVENTO ADVERSO

**UNIDAD O SERVICIO CLÍNICO:** \_\_\_\_\_

EVENTO ADVERSO REPORTADO:

FECHA DEL EVENTO:

NOMBRE PACIENTE:

RUN DEL PACIENTE:

LUGAR ESPECÍFICO DEL EVENTO:

CAUSAS RAÍZ DETECTADAS:

1.

2.

3.

PROPUESTAS DE MEJORAS	RESPONSABLE	PLAZO CUMPLIMIENTO
1.		
2.		
3.		

PARTICIPANTES EN ANÁLISIS:

FIRMA JEFE-UNIDAD/CR: