

**NOTIFICACIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD Y/O  
EVENTO ADVERSO EN ODONTOLÓGIA  
HOSPITAL PENCO-LIRQUÉN**

..... / ..... / .....  
**APELLIDO PATERNO                      MATERNO                      NOMBRE                      SEXO                      EDAD**

..... / ..... / .....  
**SERVICIO CLÍNICO                      RUN                      FECHA DE INGRESO                      SALA**

**DIAGNÓSTICO DE INGRESO:**.....

HOSPITALIZACIÓN PREVIA: SI\_\_\_NO\_\_\_    FECHA:.....DIAGNOSTICO: .....

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

CIRUGÍA:..... SI .....NO    FECHA: ..... ELECTIVA: .....SI .....NO

TIPO DE CIRUGÍA:..... ANTIBIOPROFILAXIS: .....SI .....NO

PROCEDIMIENTO INVASIVO

TIPO PROCEDIMIENTO	FECHA INICIO	FECHA RETIRO
CATÉTER URINARIO PERMANENTE		
CÉTETER VENOSO PERIFÉRICO		
OTRO		

CULTIVO: SI..... NO.....

TIPO DE MUESTRA	GERMEN AISLADO	RESISTENCIA	FECHA CULTIVO

DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN ASOCIADA A LA ATENCIÓN EN SALUD

.....

FECHA:.....

FALLECIMIENTO POR IIH: .....SI .....NO    FECHA.....

OBSERVACIONES:.....

.....

**Exclusivo Odontología**

**Evento Adverso: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_    Exodoncia Tercer Molar Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_**

**(En caso de ser afirmativo marque con una X lo que corresponda).**

Lipotimia, síncope \_\_\_\_    Anafilaxia\_\_\_\_    Hemorragia\_\_\_\_    Parestesia\_\_\_\_

Alveolitis\_\_\_\_    Alveolo seco\_\_\_\_    Edema\_\_\_\_    Absceso\_\_\_\_    Flegmón\_\_\_\_

Pulpitis \_\_\_\_    Periodoncitis \_\_\_\_    Subluxación de ATM\_\_\_\_    Trismus\_\_\_\_

Heridas de labios y mucosas\_\_\_\_    Ulceras Post tratamiento\_\_\_\_

Luxación de dientes vecinos\_\_\_\_\_

**NOMBRE Y FIRMA:** \_\_\_\_\_ **Timbre Unidad**

**FECHA DE NOTIFICACIÓN:**\_\_\_\_\_