

**NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES
RELACIONADOS CON LA SALUD
(CUASIFALLAS, EVENTOS ADVERSOS, EVENTOS CENTINELA)**

FOLIO INTERNO (asignado por Calidad): _____

INSTRUCCIONES DE LLENADO: Este reporte es voluntario y confidencial. Su objetivo NO ES CASTIGAR, es identificar factores de riesgo para nuestros pacientes e implementar acciones que eviten que vuelvan a ocurrir incidentes indeseados relacionados a la atención médica. Por favor, marca con una cruz lo que mejor describa al incidente y si no encuentras una opción, relata en tus propias palabras lo que ocurrió. Gracias de antemano por tu cooperación.

DATOS DEL PACIENTE

1. NOMBRE: _____
2. FECHA DE NACIMIENTO: _____
3. EDAD: _____ 4. SEXO: _____

DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE

5. ¿EN QUE FECHA OCURRIÓ EL INCIDENTE? _____
6. ¿EN QUE LUGAR O ÁREA OCURRIÓ EL INCIDENTE?

Hospitalización	Quirófanos	Neonatología	Archivo Clínico
Urgencias	Terapia Intensiva	Enfermería	Recepción
Radioterapia	Cuidados Coronarios	Farmacia	Consultorios
Medicina Nuclear	Patología	Radiología	Cajas
Laboratorio	Quimioterapia	Endoscopia	Estacionamiento

OTRA ÁREA: _____

7. ¿EN QUE TURNO OCURRIÓ EL INCIDENTE?

Matutino	Vespertino	Nocturno
----------	------------	----------

8. ¿QUIÉNES ESTUVIERON INVOLUCRADOS?

Médicos	Enfermería	Camilleros
Técnicos	Acompañantes	Otros

ESPECIFICAR OTROS: _____

CLASIFICACIÓN DEL INCIDENTE

CUASIFALLA	EVENTO ADVERSO	EVENTO CENTINELA
------------	----------------	------------------

TIPO DE INCIDENTE

10. ¿CUAL FUE EL TIPO DE INCIDENTE?

a. **DE MEDICACIÓN.**

Paciente equivocado	Error en el horario	Omisión en la dosis
Medicamento incorrecto	Velocidad de administración incorrecta	Medicamento caducado
Error en las dosis	Vía de administración equivocada	Reacción adversa al medicamento
Error en la frecuencia de administración.	Dispensación errónea del medicamento	OTROS

ESPECIFICAR OTROS: _____

b. **DE LOS DOCUMENTOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.**

Documentos perdidos	Información incompleta o poco clara.	Retraso en el acceso a la documentación.
---------------------	--------------------------------------	--

ESPECIFICAR OTROS: _____

c. **DE INFECCIÓN ASOCIADA A LA ATENCIÓN MÉDICA.**

INDIQUE EL SITIO DONDE SE ORIGINO LA INFECCIÓN.		
Absceso	Neumonía asociada a ventilación mecánica	Sonda urinaria
Catéter intravascular	Sitio quirúrgico	Prótesis infectada
Torrente sanguíneo	Tejidos Blandos	Otros

ESPECIFICAR OTROS: _____

SELECCIONE EL TIPO DE MICROORGANISMO, SI LO CONOCE		
Bacteria	Virus	Hongo
Protozoario	No definido	Otros

ESPECIFICAR OTROS: _____

HPM-F-CAL-CEE-002

REV. 00

Número de Licencia Sanitaria:

23-AM-15-057-0001

PRIMERO, TU VIDA.

d. DE HEMODERIVADOS.

Almacenamiento equivocado	Frecuencia equivocada	Hemoderivados caducados	Paciente equivocado
Cantidad equivocada	Instrucciones de dispensación equivocada	Hemoderivados equivocados	Dosis omitida
Contraindicación	Reacción adversa	Omisión en la instrucción.	Etiquetado erróneo

ESPECIFICAR OTROS: _____

e. DE NUTRICIÓN

Dieta equivocada	Paciente equivocado	Hongo	Frecuencia equivocada
Consistencia equivocada	Almacenamiento equivocado	Omisión de la instrucción	Otros

ESPECIFICAR OTROS: _____

f. DISPOSITIVOS Y EQUIPOS MÉDICOS.

Desconexión/mala conexión	Error de usuario	Falla/mal funcionamiento	Falta de disponibilidad
Inapropiado para la indicación médica	Inexistencia en el hospital	Presentación o empaque inadecuado	Retiro no indicado
Sucio o no estéril	Otros		

ESPECIFICAR OTROS: _____

g. DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS O MÉDICOS.

Error de anestesia	Órgano o estructura equivocada	Procedimiento equivocado
Error de equipo	Paciente equivocado	Sitio equivocado
Error de instrumental	Posición del paciente equivocada	Error en la técnica

ESPECIFICAR OTROS: _____

h. DE CAÍDAS.**¿EN DONDE OCURRIÓ LA CAÍDA?**

Cuna	Camilla	Pasillo	Durante un traslado
Cama	Baño	Con equipo terapéutico	Otro
Silla	Escaleras		

¿QUE TIPO DE CAÍDA FUE?

Desmayo	Perdida de equilibrio	Resbalón	Tropiezo
---------	-----------------------	----------	----------

ESPECIFICAR OTROS: _____

i. DE PATOLOGÍA/LABORATORIO/RADIOLOGÍA.

Almacenamiento equivocado de la muestra	Error en el reporte de los resultados	Error en la toma de muestras	Estudio equivocado
Muestra equivocada	Muestra mal etiquetada	Entrega tardía de resultado	Paciente incorrecto
Procesamiento incorrecto	Perdida de resultados	Otros	

ESPECIFICAR OTROS: _____

j. OTROS INCIDENTES _____**GRAVEDAD DEL DAÑO**

11. ¿CUAL FUE LA GRAVEDAD?

Marque la opción que considere más correcta.

Sin daño	Incidente que pudo causar daño, pero no ocurrió porque se detecto a tiempo u ocurrió, pero no causo daño
Bajo	Incidente que causo daño mínimo al paciente y que requiere observación adicional o tratamiento menor.
Moderado	Incidente que causo un daño al paciente, pero este no fue permanente ni puso en peligro su vida, pudo requerir más tiempo de tratamiento.
Grave	Existe daño permanente al paciente, a su vida, a un órgano o a una función.

ACCIONES DE MEJORA

12. ¿SE REALIZO ALGUNA ACCIÓN CORRECTIVA DESPUÉS DEL INCIDENTE?

SI	NO
----	----

13. ¿CUALES FUERON LAS ACCIONES DE MEJORA?

Capacitación al personal	Fortalecimiento de la cultura de calidad y seguridad del paciente
Mejoramiento de la infraestructura	Desarrollo de un Programa de Calidad y Seguridad del Paciente
Gestión de recursos	Capacitación a pacientes y familiares

ESPECIFICAR OTRAS ACCIONES DE MEJORA: _____

¿QUE ACCIONES DE MEJORA PROPONE USTED O QUE CREE QUE DEBERIA CAMBIAR PARA QUE NO SE PRESENTE UN NUEVO INCIDENTE?

14. DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL INCIDENTE.

Describa en sus propias palabras lo que ocurrió:

FECHA EN QUE SE DOCUMENTA EL INCIDENTE _____