



## Formulario SCI - 207 Registro de Víctimas



**Propósito:** Llevar el registro y control de los pacientes atendidos en el ACV o en la Unidad Médica (UM), durante el incidente y trasladados a una institución de asistencia médica.

**Preparación:** Elaborado por el Líder de la Unidad Médica o el Encargado del Área de Clasificación del ACV. Este formulario no acompaña al PAI.

Todos los formularios llenos y en original DEBEN entregarse a la Unidad de Documentación.

### Instructivo:

N°	Título	Instrucciones
1	Nombre del Incidente	Debe ser el mismo que figura en el formulario SCI - 201.
2	Lugar de Registro	Marcar el casillero correspondiente al ACV o al UM.
3	Nombre del Responsable de la Posición	Nombres y apellidos del responsable del ACV o UM.
4	Nombres del paciente	Escriba los nombres y apellidos completos.
5	Sexo	Masculino o Femenino.
6	Edad	Escriba la edad del paciente.
7	Clasificación	Puede ser por código de colores (Triage START), gravedad u otros.
8	Lugar de traslado o atendido en el sitio	Indicar el nombre de la instalación de asistencia médica a donde es derivado cada paciente o si este fue atendido en el sitio.
9	Trasladado por o no requerido	Puede ser ambulancia, aeronave, embarcación, etc. Indicar la identificación del medio de transporte y forma de contacto. Si paciente no requirió ser traslado indicarlo en el formulario
10	Fecha y hora	Escriba la fecha (día, mes y año), y hora (reloj de 24 hs), de dicho traslado.