



## Formulario SCI - 207 Registro de Víctimas



1. Nombre del Incidente: .....

2. Lugar de Registro: ☐ ACV ☐ Unidad Médica ☐ Otro 3. Nombres del Responsable de la Posición: .....

4. Nombres del paciente:	5. Sexo:	6. Edad:	7. Clasificación:				8. Lugar de Traslado o atendido en el sitio:	9. Traslado por o no requerido:	10. Fecha y hora:
			Rojo	Amarillo	Verde	Negro			