**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. |