

TECNOLAC, S.A.

Código de SIGD

SS07.0909/20

REPORTE PARA SERVICIOS DE PRIMEROS AUXILIOS

Edición:

01

FECHA: HORA:			TIEMPO E	MINUTOS		
NOMBRE:			EDAD:			
				ÁREA:		
TIEMPO DE LABORAR EN LA EMPRESA:			PERSONAL: FIJO DEVENTUAL			
MÁQUINA O ÁREA DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE:						
TIPO DE SERVICIO						
CORTADURA FRACTURA TRAUMA				DESMAYOOTRO		
PARTE DEL CUERPO AFECTADA						
CABEZA OJOS OÍDOS BOCA NARIZ CARA	ABDOMEN PELVIS	HOMBRO BRAZO CODO ANTEBRAZO	DE DE	MUSLO RODILLA PIERNA TOBILLO PIE	DE IZ	
MANO DERECHA MANO IZQUIERDA PIE DERECHO PIE IZQUIERDO						
ESTADO DEL PACIENTE				TRASLADO AL IGGS		
NO GRAVE GRAVE MUY GRAVE SI HORA: NO DEPARTMENT OF THE PROPERTY OF THE PROPERT					NO L	
DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE (causas, ¿Cómo sucedió?, ¿Qué estaba haciendo?)						
PERSONA (S) QUE ATENDIERON EL SERVICIO						