

FORMULARIO DE REPORTE DE EVENTO

El presente formulario tiene por objetivo dejar constancia de la ocurrencia de eventos no habituales dentro de la clínica (maltrato físico, verbal y todo tipo de acción que altere el funcionamiento normal de la misma), con el objetivo de ayudarnos a mejorar la seguridad de las actividades que se realizan en ella.

Agradeceremos que, una vez completado el presente formulario, este sea entregado directamente al Jefe de Operaciones, Gerente y/o Director Médico de la institución.

1. Datos Generales

Nombre del suscriptor del formulario			
Cargo o actividad que realiza en la clínica			
Nombre de la persona afectada por los hechos o circunstancias			
Género		Edad	
Agregar si es posible el nombre de las personas involucradas en el evento			

2. Descripción detallada del evento

Describir el evento, indicando detalladamente las acciones y/o palabras que hayan constituido un maltrato físico, verbal, o alterado el funcionamiento normal de la clínica.

Fecha de ocurrencia			Hora		Unidad donde ocurrió el evento
ACCIONES INMEDIATAS TOMADAS					

3. Identificación de la persona a quien se le entrega el formulario

Nombre		Cargo		Clínica	