

	VERSION:	04
	FECHA DE ACTUALIZACION:	07-MAY-2024
FORMATO PARA LA IDENTIFICACION DEL EVENTO ADVERSO	CODIGO:	HNSC-GCC-F-003
	PAGINA	Página 1 de 3

Objetivo: Identificar analizar el comportamiento de los eventos adverso inherente a la prestación de servicios, con el fin de mitigar el impacto en el usuario, familia e institución.

FECHA DEL REPORTE: DD/MM/AAAA	HORA: HH:MM	SERVICIO:
FECHA Y HORA DE LA OCURRENCIA: DD/MM/AAAA – HH:MM		
DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE		
NOMBRES:		APELLIDOS:
EDAD:	TIPO IDENTIFICACION: CC / TI / RC / CE / OTRO	NO. IDENTIFICACION:
SEXO: MASCULINO <input type="checkbox"/>	FEMENINO <input type="checkbox"/>	
DIAGNOSTICO:		NO. DE CAMA (SI APLICA)
TIPO DE EPS:	NOMBRE DE LA EPS:	
ESTADO DE CONCIENCIA ANTES DEL INCIDENTE		TIPO DE INCIDENTE
ORIENTADO <input type="checkbox"/>	CAIDA <input type="checkbox"/>	MEDIICAMENTO INACUADO <input type="checkbox"/>
DESORIENTADO <input type="checkbox"/>	INFECCION <input type="checkbox"/>	ASOCIADO AL CUIDADO DE LA SALUD <input type="checkbox"/>
SEDADO <input type="checkbox"/>	NOSOCOMIAL <input type="checkbox"/>	ASOCIADO A INTERVENCION DEL PARTO. <input type="checkbox"/>
BAJO ANESTESIA <input type="checkbox"/>	PACIENTE EQUIVOCADO <input type="checkbox"/>	RELACIONADO AL DIAGNOSTICO <input type="checkbox"/>
INCONCIENTE <input type="checkbox"/>	PROCEDIMIENTO INADECUADO <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>
	FUGA <input type="checkbox"/>	
CLASE DE EVENTO		PARTE DEL CUERPO AFECTADA
EVENTO PREVENIBLE <input type="checkbox"/>	CABEZA <input type="checkbox"/>	CARA <input type="checkbox"/>
EVENTO NO PREVENIBLE <input type="checkbox"/>	TRONCO <input type="checkbox"/>	DIENTES <input type="checkbox"/>
	MIEMBRO SUPERIOR <input type="checkbox"/>	
	MIEMBRO INFERIOR <input type="checkbox"/>	

   Gobernación del MAGDALENA	VERSION:	04
	FECHA DE ACTUALIZACION:	07-MAY-2024
FORMATO PARA LA IDENTIFICACION DEL EVENTO ADVERSO	CODIGO:	HNSC-GCC-F-003
	PAGINA	Página 3 de 3

ACCIONES INSEGURAS IDENTIFICADAS
FACTORES CONTRIBUTIVOS
PERSONAL IMPLICADO
FECHA DEL REPORTE:
HORA DEL REPORTE:
JEFE DE TURNO:
NOMBRE DE QUIEN REPORTA: