

1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

a. Institución del Sistema: MSP ☐ IESS ☐ FFAA ☐ PN ☐ Municipal ☐ Red Privada ☐ Fiscomisional ☐

b.Provincia:	c.Zona:	d.Distrito:	e.Unicódigo:
--------------	---------	-------------	--------------

f. Establecimiento de salud:	g. Tipología:
------------------------------	---------------

h.Servicio / Área donde se produce el evento:	i.Fecha:	j.Hora:
---	----------	---------

2. DATOS DEL PACIENTE

a.Nombres y apellidos del paciente:

b.Edad: c. Sexo: H ☐ M ☐ d.Nº de Historia Clínica única:

e.Diagnóstico / Motivo de atención:	f.CIE 10:
-------------------------------------	-----------

3. INFORMACIÓN DEL NOTIFICADOR

a.Médica/o ☐ b.Enfermera/o ☐ c.Obstetra ☐ d.Psicóloga/o ☐ e.Trabajador/a Social ☐ f.Odontóloga/o ☐

g. Estudiante ☐ h. Familiares/amigos/cuidador ☐

i.Fecha del reporte:

4. TIPO DE EVENTO

a.Cuasi evento ☐ b.Evento adverso ☐ c.Evento centinela ☐

5. NATURALEZA DEL EVENTO

a. Medicación	☐	b. Infección asociada a la atención de salud	☐
---------------	--------------------------	--	--------------------------

c. Caídas	☐	d. Úlceras por presión	☐
-----------	--------------------------	------------------------	--------------------------

e.Trombosis Venosa Profunda	☐	f.Dispositivos médicos /equipos biomédicos	☐
-----------------------------	--------------------------	--	--------------------------

g.Procedimiento clínico	☐	h.Procedimiento quirúrgico	☐
-------------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------

i.Otro:

6. DESCRIPCIÓN DEL CUASI EVENTO / EVENTO ADVERSO / EVENTO CENTINELA

Cuando ocurrió: Al ingreso ☐ Durante la estancia ☐ Al alta ☐ Ambulatorio ☐

Donde ocurrió: En el servicio ☐ En el traslado ☐ Otro: ☐

Fue informado el paciente y/o familia: Si ☐ No ☐

Realice una descripción detallada de cómo se produjo el evento:

7. DESENLACE DEL CUASI EVENTO / EVENTO ADVERSO / EVENTO CENTINELA

a.Ninguna (sin lesión):	☐	b.Síntomas leves/pérdida funcional o daño mínimo:	☐
-------------------------	--------------------------	---	--------------------------

c.Requirió hospitalización o prolongó la hospitalización	☐	d.Daño de una función o estructura corporal temporal:	☐
--	--------------------------	---	--------------------------

e.Daño de una función o estructura corporal permanente:	☐	f.Requirió intervención quirúrgica o médica mayor	☐
---	--------------------------	---	--------------------------

g.Muerte:	☐	h.Otro:
-----------	--------------------------	---------

i.Cual:

Fecha: / /

[illegible]

PLAN DE ACCION. Acciones para abordar los Factores Contributivos

[illegible]

a.Nombres y apellidos:	b.Nº de cédula:
------------------------	-----------------

c.Cargo:	d.Servicio:
----------	-------------

[illegible]

Cuasi evento: Error de comision o por omision que podria haber causado dano al paciente, pero que no produjo un dano gracias a la casualidad, a la prevención o a la atenuación.

Evento adverso: Lesión o daño no intencional causado al paciente por la intervención asistencial y no por la patología de base.

Evento centinela: Todo evento que haya derivado en la muerte del paciente o la pérdida permanente e importante de una función, de carácter imprevisto y sin relación con la evolución natural de la enfermedad o el trastorno subyacente del paciente.