



## FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS / CENTINELA

Identifique según corresponda:

A. EVENTO ADVERSO: \_\_\_\_\_

B. EVENTO ADVERSO CENTINELA: \_\_\_\_\_

Nº H. CLINICA/RUT: \_\_\_\_\_ SERVICIO CLINICO: \_\_\_\_\_

NOMBRE PACTE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ FECHA NAC: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN DE LO SUCEDIDO:

POSIBLES CAUSAS:

ASPECTOS QUEE SE DEBEN MEJORAR:

CONSECUENCIAS EN LA PACIENTE:

FECHA INFORME: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL FUNCIONARIO (OPCIONAL)