|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INDICIO TIPO DE ATENCIÓN INSEGURA (TAI), INCIDENTE (IN) - EVENTO ADVERSO (EA)** | | | | | | | | |
| **DATOS DE ORIGEN** | | | | | | | | |
| Consecutivo |  | | Lugar | | | |  | |
| Fecha de notificación |  | | Hora de notificación | | | |  | |
| **DATOS DEL PACIENTE** | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | Apellido: | | |  | |
| Número de identificación: |  | | | Tipo de identificación:  SIN ID  NIP  NIUP  TI  CE  CCa | | | | |
| Edad: |  | | | Género | |  | | |
| Ocupación |  | | | | | | | |
| **DATOS DEL SUCESO (Atención Insegura, Incidente y Evento Adverso)** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Fecha del suceso: |  | | Hora del suceso: | | | |  | |
| IPS donde ocurre el suceso: |  | | Servicio donde ocurre el suceso: | | | |  | |
| **SUCESO A NOTIFICAR** | | | | | | | | |
| Describa con sus propias palabras y registre con letra clara, lo ocurrido incluso si usted conoce situaciones que facilitaron la presentación del suceso | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Describa con sus propias palabras las acciones tomadas con la ocurrencia del suceso si se presentaron | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **DATOS DEL REPORTANTE (opcional)** | | | | | | | | |
| NOMBRE: | |  | | | APELLIDO: | | |  |
| CARGO: | |  | | | ÁREA: | | |  |