|  |
| --- |
| **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 IDNIPNIUPTICECCa |
| 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: |  |