

	HOSPITAL DONALDO SAÚL MORÓN MANJARREZ NIT 8250011195		Código: HDSMM-FOR- 05	
	FORMATO DE REPORTE DE EVENTO ADVERSO “CODIGO VERDE”		Versión	01
	Página 1 de 1			

FECHA					HORA		AM	SERVICIO		
							PM			
NOMBRE DE QUIEN REPORTA							CARGO			

IDENTIFICACION DEL PACIENTE													
NOMBRE(S)						APELLIDOS							
TIPO DE IDENTIFICACION				NUMERO DE IDENTIFICACION		EDAD		SEXO		SEGURIDAD SOCIAL		EPS	
RC		TI		CC		CE		Meses		F	M	Contr	Subs
								Años					
DIRECCIÓN						BARRIO							
OCUPACION						CONTACTO							

REPORTE							
INCIDENTE		ACCION INSEGURA		EVENTO ADVERSO			

ESTADO DE CONCIENCIA ANTES DEL EVENTO ADVERSO					
ORIENTADO		SOMNOLIENTO		DESORIENTADO	
INCONCIENTE		SEDADO		BAJO ANESTESIA	

DESCRIPCION DEL INCIDENTE O EVENTO

“Oportunidad de Salud para todos”