



FORMULARIO GLC-2.3 PLAN DE MEJORA DEL EVENTO ADVERSO



SERVICIO CLINICO /UNIDAD					FECHA del evento adverso:		HORA:	
NOMBRE DEL PACIENTE					RUT paciente:	Sexo:	Edad:	Ficha:
NOMBRE QUIEN NOTIFICA					Estamento:			
Fecha del Plan:								
EVENTO ADVERSO	Factores contribuyentes al evento	Descripción del episodio	Medidas adoptadas inmediatas	Seguimiento	Planes de corrección		Plazo de la corrección*	