

**FORMULARIO
 GLC-2.3 PLAN DE INTERVENCION DEL EVENTO ADVERSO**

SERVICIO CLINICO /UNIDAD		FECHA DEL EVENTO ADVERSO:			HORA:	
NOMBRE QUIEN REALIZA PLAN		FECHA REALIZACION PLAN:			HORA:	
NOMBRE DEL PACIENTE		RUT PACIENTE:		SEXO:	EDAD:	FICHA:
NOMBRE QUIEN NOTIFICA		SERVICIO :		ESTAMENTO:		
EVENTO ADVERSO	Factores contribuyentes al evento	Descripción del episodio	Medidas adoptadas inmediatas	Seguimiento	Planes de corrección	Plazo de la corrección*