

REPORTE DE ACCIDENTE CON RIESGO BIOLÓGICO

Fecha: ___/___/_____

(Subraye según corresponda) **Cátedra Clínica**..... **Servicio**.....

Apellido y nombres del accidentado: _____

Nº de documento: _____

(Subraye según corresponda) **Alumno**..... **Docente**..... **No Docente**.....

Tipo de accidente: _____

Características del elemento: _____

Fuente (subraye según corresponda) **Conocida**..... **Desconocida**.....

Datos de la fuente Conocida: _____

Tratamiento inicial realizado: _____

Derivación (si corresponde)
complete los siguientes datos

Nombre del centro: _____

Fecha de Derivación: ___/___/_____ Hora: _____

Tipo de traslado (ambulancia pública o privada, auto particular o transporte público):

Datos de la persona que acompaña al accidentado:

Apellido y nombre: _____

Cargo: _____

Comunicación del accidente al responsable del accidentado

Apellido y nombre de la persona que recibe la comunicación:

Vínculo con el accidentado: _____

REALICE EL FORMULARIO POR DUPLICADO.

COMUNIQUE SOBRE EL ACCIDENTE POST EXPOSICIÓN.

Firma, Aclaración y Cargo del Responsable de la Clínica – Servicio.