



**FORMULARIO PARA LA ATENCION DE ACCIDENTES CORTOPUNZANTES
ALUMNOS PREGRADO – FACULTAD DE MEDICINA
(Solo para atención en U. Emergencia Hospital Clínico)
Usar calco y una copia**

I. IDENTIFICACION

TUCH

Nombre afectado Sexo Fono casa

Carrera Año Carrera RUT

Fecha y hora de atención en U. Emergencia

Fecha Hora

II. INMUNIZACION PREVIA

Ha recibido vacuna Hepatitis B

SI NO N° Dosis Fecha última dosis

III. ESTADO DE SALUD

Embarazo actual Otras enfermedades relevantes

SI NO Describir

IV. DESCRIPCION ACCIDENTE

Fecha Hora Lugar

Naturaleza accidente

a) Cortopunzante Señalar

Bisturí/aguja hueca/aguja sutura/otro

b) Salpicadura

SI NO Sitio afectado Fluido origen

c) Contacto directo

d) Otro

Describir

V. FUENTE DEL ACCIDENTE

Conocida Nombre paciente fuente

SI NO

Lugar Hospitalización o

atención

N° Ficha o dato

Diagnóstico

En caso fuente desconocida

Bolsa basura Caja material cortopunzante Otro

Nombre Profesional que notifica

Fono más directo

Lugar de trabajo