INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

SUBDIRECCIÓN DE RECURSOS MATERIALES Y SERVICIOS GENERALES

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS GENERALES

SECCIÓN CONTROL DE INVENTARIOS

**Formato RC-Caída de Paciente**

(Llenado únicamente por Médico Adscrito)

(FAVOR DE UTILIZAR LETRA DE MOLDE Y/O SISTEMA)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de Incidente:** | | | | | | | | | **Hora de Incidente:** | | | | | | | | | | | | | | **Fecha de Reporte a Control de Inventarios y/o Aseguradora:** | | | | | | | | | | | **Folio de Control de Inventarios:**  (Llenado del área) | | | | | | | |
| **SECTOR QUE SOLICITA**  (Marque con una X) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hospitalización /No. de Sector | | | | | | | | | | | Urgencias | | | | UTI | | | | | Estancia Corta | | | | Otro: Especificar | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DATOS DEL MÉDICO ADSCRITO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Médico que evaluó al Paciente:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Especialidad:** | | | | | | | | |
| **Tel. y/o ext. :** | | | | | | | **Sector:** | | | | | | | **Horario o Turno:** | | | | | | | | | | | | | | | **Correo Electrónico:** | | | | | | | | | | | | |
| **PERSONAL DE PRIMER CONTACTO QUE INTERVIENE EN EL INCIDENTE**  (Personal Administrativo, Camilleros, Enfermera, etc.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | No. Empleado | | | | | | | | Servicio | | | Ext. | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | |  | | | |
| **INFORMACIÓN DEL INCIDENTE**  **(Datos Generales del Paciente)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre del Accidentado y/o Paciente:**  (Marque con una X ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Edad** | **Fecha de Nacimiento** | | | | **Número de Registro del Paciente** | | | | | | | | | | | **Sexo** | | | | | | **Acude al Servicio de:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | **F** | | | **M** | | | Consulta Externa | | | Hospitalización | | | | | | | Otro: Especifique | | | | | | | | | |
| **Lugar donde ocurrió la Caída** (Marque con una X) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Habitación y/o cama | | | | Baño | | Pasillo | | | | | | Escaleras | | | | | Otro: Especificar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Cómo ocurrió y cuál fue la causa de la caída?** (Descripción detallada del Accidente)   |  | | --- | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Diagnóstico médico provisional de la caída del Paciente**  (Únicamente Médico Especialista) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre del Médico:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Cédula Profesional:** | | | | | | | | | | |
| **Servicio ó Especialidad:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Teléfono y/o Ext.** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Correo Electrónico:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Horario o Turno:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Situaciòn Actual del Paciente** (Marque con una X) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Fecha:** | | | | | | | | | | |
| Sin Lesión | | | Laceración | | | | | Contusión | | | | | Fractura | | | | | | | | Otro: Especifique | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Descripción:***   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | ***El Paciente requiere atención en el Instituto:***  (Marque con una X) | | | ***SI***  ***Continúe con el Trámite*** | | | ***No***  ***Concluye el Trámite*** | | | | ***Grado de Atención:***  (Marque con una X) | | *Urgente* | | *Electivo* | *Programado* | | *No Requerido* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Solicitud de Estudios de Laboratorio, Gabinete, y/o Diagnóstico Médico** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Estudios a Solicitar:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **El Paciente requiere atención quirúrgica derivada del accidente y/o caída :** (Marque con una X) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **SI**  ***Llenar el* FORMATO RC-3 / 3-4**  ***(Realiza Médico Cirujano)*** | | | | | | | | | **NO**  ***Concluye el Trámite*** | | | | |
| **Causa de la Conclusión del Trámite:**  (Marque con una X) | | | | | | | | | | El Paciente desistió | | | | | | | | Problema Solucionado | | | | | | | | | | | | Deceso | | | | | | Se canaliza a otro Hospital a solicitud del Paciente | | | | | |
| **Nombre y Firma del Médico Adscrito Cédula Profesional** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **I M P O R T A N T E** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Este formato debe ser entregado en la Sección Control de Inventarios en días hábiles de 8:00-15:00 hrs. * Indispensable Adjuntar copia de: * Identificación Oficial y Gafete Institucional del personal que intervino en el Incidente y en el llenado del formato.   Los datos personales que se recaben, serán utilizados con la finalidad de efectuar el Trámite de Reclamo ante la Aseguradora, la información será protegida por medidas de seguridad administrativas, para evitar divulgación indebida.   * Posteriormente se agendará una cita, al personal que interviene en el Incidente, para firma de la Documentación necesaria.   “Lo anterior es de observancia obligatoria, de lo contrario la Aseguradora no se hará  responsable de los recursos invertidos, por falta de requisitos mínimos”. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **REPORTE ANTE LA ASEGURADORA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Si la caída del Paciente ocurre entre las 8:00 y 15:00 hrs. en días hábiles, dar aviso de inmediato a la Lic. Laura Nájera Sánchez, Encargada del área de siniestros y/o al personal de dicha área que conteste el teléfono 5487 0900 ext. 1739, y proporcionar datos generales del Paciente y de la caída.  * Proceder al llenado del **FORMATO RC-1 /1-4** y **FORMATO RC-2 /2-4** y disposiciones.  1. Si el siniestro ocurre entre las 15:01 y 8:00 hrs. ò en días inhábiles, realizar de inmediato el ***Reporte de caída de Paciente*** ante la Aseguradora:   **CHUBB Seguros México S.A**  **(55) 5322 8000**  **Marcar opción 9**  proporcionando lo siguiente a la Aseguradora:   * No. DE POLIZA M038000040 (Vigente conforme a Circular emitida) * Datos generales del Paciente y de la caída. * Datos generales del Personal que realiza el reporte. * Tomar el número de reporte y/o siniestro que proporciona la cabina y Ajustador asignado.   Ajustador:  **FOLIO DE REPORTE Y/O SINIESTRO**   * Proceder al llenado del **FORMATO RC-1 /1-4** y **FORMATO RC-2 /2-4** y disposiciones.  1. Dudas y aclaraciones: Sección Control de Inventarios. -Siniestros-   Planta alta del edificio de Mantenimiento Conserv. y Construcción.  Horario de atención de 8:=0 a 16:00 hrs. de lunes a viernes  Teléfono: 5487 0900 Exts. 1739  Laura.najeras@incmnsz.mx | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |