FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN EPISODIO CRITICO

Establecimiento	Hospital Dr. Mario Sánchez Vergara
Servicio/Unidad	
Fecha del episodio critico (día/mes/año)	
Tipo de episodio critico	
N° de funcionarios expuestos al episodio	

Nómina de funcionarios para Primeros Auxilios Psicológicos

N°	Nombre de funcionario	Estamento	Teléfono de contacto	Correo electrónico

Nombre de jefatura directa	
Fecha de notificación (día/mes/año)	

Nota: Descripción de episodio critico se refiere a eventos de alta violencia, que incluye agresiones hacia los funcionario o ser testigos de eventos de autoagresión o violencia entre terceros; fallecimiento de funcionario y/o usuario que afecte al equipo de trabajo.