

INSTRUCTIVO DE REGISTRO DE INFRACCIONES O INCIDENTES A LA MISIÓN MÉDICA EN COLOMBIA

1. Marque con una X si de acuerdo con el reporte se trata de una infracción o incidente.
2. Cada evento completo, se registra en un (1) solo formulario, aunque sean varias las personas involucradas en el hecho y varios los tipos de infracción. Diligencie el presente formulario con letra clara. Se incluirán casos en que funcionario o autoridad del sector hagan uso inadecuado de los bienes, equipos o vehículos identificados con Emblema Protector.
3. En la primera parte, diligencie los datos del lugar, fecha, institución en la cual se diligencia el formulario así como la persona que lo diligencia.
4. En la segunda parte, se diligencian los datos del lugar, institución y fecha en la cual ocurrió la infracción. En la fuente de información anote si es la persona misma, un testigo, el responsable de la entidad, u otro de la manera más específica, o el nombre de la institución. En caso de que la fuente sea un medio masivo de comunicación, indíquelo aquí con la referencia correspondiente.
5. En la descripción, relate en palabras sencillas el hecho que constituye la infracción especificando los detalles que permitan identificar si resultaron afectadas las personas, unidades, medios de transporte o las actividades sanitarias. Cuando se trate de personas anote el cargo y si lo desea anote el nombre.

Observación 1. Si no alcanzan los espacios, por favor completarlo en una hoja en blanco.

Observación 2. Coloque una «X», en el espacio para informar si las personas, medios o unidades afectadas estaban debidamente identificados, o en entidades que tengan autorizado el uso del emblema de la Cruz Roja, si este las identificaba en el momento de la infracción. En caso de no saberlo no marque ninguna opción.

FORMATO DE REPORTE DE INFRACCIONES E INCIDENTES A LA MISIÓN MÉDICA EN COLOMBIA

Antes de diligenciar el formulario, por favor lea el instructivo

Infracción	Incidente
------------	-----------

INFORMACIÓN DEL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO	
Fecha reporte:	Quien diligencia (institución o persona):
Lugar:	Municipio: Departamento:
INFORMACIÓN SOBRE LA	
Fecha ocurrencia:	Lugar:
Municipio:	Departamento:
Institución afectada:	
Publica:___ Privada:___	Hospital:___ Puesto de salud:___ Centro de salud:___ Otra, cual:
Fuente de la información (institución o persona):	
¿Las instalaciones o medios de transporte estaban debidamente señalizados con el Emblema Protector ? SI _____ NO_ _____ NO SABE: _____	¿El personal sanitario estaba debidamente identificado?: SI _____ NO_ NO SABE: _____
<u>DESCRIPCIÓN DE LA INFRACCIÓN O INCIDENTE:</u>	
INFORMACIÓN SOBRE APOYO O SOPORTE RECIBIDO	
¿Recibió apoyo inicial la institución o persona afectada? SI _____ NO_ _____ NO SABE: _____	
¿Cual?:	