

**FORMATO ATENCIÓN A LESIONADOS**

F-CORP-SP-SV-04/V2-05-2018

FECHA		DÍA	MES	AÑO	NOMBRE Y APELLIDO DE QUIEN REPORTA		CARGO	
HORA		HORA	MINUTOS	AM/PM				
CÓDIGO			NOMBRE Y APELLIDO DE OPERADOR			NUMERO DE BUS		
NÚMERO DE LESIONADOS								
FEM		MASC		MENOR DE EDAD		EMBARAZADA		
DATOS DE LESIONADO 1								
NOMBRE Y APELLIDO		NACIONALIDAD		EDAD	NUMERO DE CEDULA		NUMERO SEGURO SOCIAL	
SEGURO PRIVADO		DIRECCION RESIDENCIAL			TELEFONO		LUGAR DE TRABAJO	
CENTRO MEDICO REMITIDO		SERVICIO DE AMBULANCIA			HORA DE INGRESO	HORA DE ATENCION	HORA DE SALIDA	
DOCTOR ENCARGADO		LESION QUE PRESENTA				HOSPITALIZADO	SALA	
CONTACTO FAMILIAR DEL LESIONADO								
NOMBRE Y APELLIDO		TELEFONO			PARENTESCO		OBSERVACIONES	
DATOS DE LESIONADO 2								
NOMBRE Y APELLIDO		NACIONALIDAD		EDAD	NUMERO DE CEDULA		NUMERO SEGURO SOCIAL	
SEGURO PRIVADO		DIRECCION RESIDENCIAL			TELEFONO		LUGAR DE TRABAJO	
CENTRO MEDICO REMITIDO		SERVICIO DE AMBULANCIA			HORA DE INGRESO	HORA DE ATENCION	HORA DE SALIDA	
DOCTOR ENCARGADO		LESION QUE PRESENTA				HOSPITALIZADO	SALA	
CONTACTO FAMILIAR DEL LESIONADO								
NOMBRE Y APELLIDO		TELEFONO			PARENTESCO		OBSERVACIONES	
DATOS DE LESIONADO 3								
NOMBRE Y APELLIDO		NACIONALIDAD		EDAD	NUMERO DE CEDULA		NUMERO SEGURO SOCIAL	
SEGURO PRIVADO		DIRECCION RESIDENCIAL			TELEFONO		LUGAR DE TRABAJO	
CENTRO MEDICO REMITIDO		SERVICIO DE AMBULANCIA			HORA DE INGRESO	HORA DE ATENCION	HORA DE SALIDA	
DOCTOR ENCARGADO		LESION QUE PRESENTA				HOSPITALIZADO	SALA	
CONTACTO FAMILIAR DEL LESIONADO								
NOMBRE Y APELLIDO		TELEFONO			PARENTESCO		OBSERVACIONES	
PREGUNTAS FORMULADAS								
OBSERVACIONES								
FIRMA DE QUIEN ELABORA								