|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHA: Día \_\_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PISO N° \_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE DEL LESIONADO: APELLIDOS:** | | | | | | | | | | |
| **CARGO:** | | | | | | | | | | |
| **LESIÓN CORPORAL:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | |
| **SE REQUIRIÓ PRESTACIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS** | | | **SI** | | |  | | | **NO** |  |
| **DESCRIPCIÓN DE LA ATENCIÓN PRESTADA:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | |
| **ELEMENTOS DEL BOTIQUÍN EMPLEADOS:** | | | | | | | | | | |
| GUANTES DESECHABLES | VENDAS TRIANGULARES DE TELA | | | | | | COMPRESAS NO ESTERILES | | | |
| ISODINE ESPUMA | ESPARADRAPO | | | | | | BOLSA CIERRE HERMETICO PARA PARTES Y MUESTRAS BIOLOGICAS | | | |
| ALCOHOL ANTISEPTICO | APLICADORES ASEPTICOS | | | | | | BOLSA ROJA PARA DESECHOS BIOLÓGICOS Y PATÓGENOS | | | |
| SOLUCIÓN SALINA | BAJALENGUAS | | | | | | GANCHOS NODRIZA | | | |
| GASA ESTERIL | ALGODÓN | | | | | | JABÓN LÍQUIDO DESINFECTANTE | | | |
| VENDAS ELASTICAS | CURAS | | | | | | JERINGA | | | |
| VENDAS LINEALES DE TELA | YODOPOVIDONA (Jabón Quirúrgico) | | | | | | MANTA TERMICA | | | |
| MASCARA DESECHABLE PARA RCP | TIJERAS | | | | | | FERULAS DE INMOVILIZACION DE FRACTURAS | | | |
| TAPABOCAS | PARCHE OCULAR | | | | | | INMOVILIZADOR DE CUELLO | | | |
| **SE REMITIÓ A UNA ENTIDAD DE SALUD:** | | | **SI** |  | | **NO** | |  | **HORA DE REMISIÓN** |  |
| **ENTIDAD DE SALUD A LA QUE SE REMITIÓ:** | | | | | | | | | | |
| **TIPO DE VEHÍCULO EN QUE SE TRANSPORTÓ:** | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO:** | | | | | | | | | | |
| **SE LE OTORGO INCAPACIDAD** | **SI** |  | **NO** | |  | | **NÚMERO DE DÍAS:** | | | |
| **NOMBRE Y FIRMA DE LOS PRESTADORES DE LOS PRIMEROS AUXILIOS:** | | | | | | | | | | |
| **NOMBRE** | | | | | **FIRMA** | | | | | |
| **NOMBRE** | | | | | **FIRMA** | | | | | |