|  |
| --- |
| **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** |