



# INFORME DE RESPUESTA EN CASOS DE EMERGENCIAS



## EN CASO DE EMERGENCIA MEDICA

FECHA: \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

1).- DESCRIPCION DE LA SITUACION:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2).- SITUACION:

REAL   
HORA

SIMULADA   
TIEMPO DE RESPUESTA

3).- COLOQUE SI O NO SEGÚN CORRESPONDA:

CAIDA DE PERSONA   
PERSONA HERIDA

ATAQUE DE NERVIOS   
OTROS/ESPECIFIQUE

4).- DESCRIPCION DEL DESEVOLVIMIENTO DE LOS MIEMBROS DEL BEE-IDAC (B/M/R).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5).- CUALES FUERON LAS MEDIDAS EJECUTADAS EN ESTA SITUACION?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6).- COLOQUE UNA X SEGÚN CORRESPONDA:

ACTITUD DEL PERSONAL: SORPRESIVO   
COLABORACION DEL PERSONAL: ACTIVA   
OTROS/ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

NATURAL   
PASIVA

7).- CHEQUEO DE LOS EQUIPOS DE EMERGENCIA MEDICA. COLOQUE X SEGÚN CORRESPONDA:

CAMILLA   
CUELLO ORTOPEDICO   
OTROS/ESPECIFIQUE

SILLA DE RUEDA

8).- SI SE UTILIZO LOS SERVICIOS DE ALGUNAS DEPENDENCIAS DE SOCORRO. COLOQUE X.

BOMBEROS   
OTROS/ ESPECIFIQUE   
TIEMPO DE RESPUESTA

CRUZ ROJA

\_\_\_\_\_  
COORDINADOR BEE-GCPS

