



TIPO DE EVENTO

Error Accidente Otro _____

DATOS

Fecha Suceso		
Día	Mes	Año

*Persona que Informa: _____

*Cargo: _____

*Responsable de la atención: _____

*Descripción del Suceso (¿Qué paso? ¿Dónde se Detectó? ¿Dónde se Inició?):

CAUSAS Y ACCIONES INMEDIATAS

*Causas (Marcar todas las que Correspondan)

- | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| No hay procedimiento/procedimiento inadecuado | <input type="checkbox"/> | No se siguen Instrucciones del fabricante | <input type="checkbox"/> |
| No se sigue el Procedimiento | <input type="checkbox"/> | Falta de reactivos | <input type="checkbox"/> |
| Problema de Computación | <input type="checkbox"/> | Falla de Equipos | <input type="checkbox"/> |
| Mala interpretación de resultados | <input type="checkbox"/> | Descuido | <input type="checkbox"/> |
| Registros incompletos | <input type="checkbox"/> | Entrenamiento del personal | <input type="checkbox"/> |
| Liberación incorrecta | <input type="checkbox"/> | Otros. ¿cuál? | |
| Revisión de registros inadecuados | <input type="checkbox"/> | | |
| Supervisión inadecuada | <input type="checkbox"/> | | |

Acciones Reparadoras Inmediatas**:

¿Se afectó el servicio u otro? ¿Requiere seguimiento? Impacto

Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto

Marque con una X

OBSERVACIONES

* Campos obligatorios

** Se debe tener en cuenta si el equipo se encuentra aún bajo garantía por compra, calibración, mantenimiento y/o verificación, en este caso evite realizar acciones que puedan invalidar este compromiso.