

Informado por: / Reported by:

☐ Médico / Physician ☐ Asegurado / Member ☐ Otro / Other (especifique/Specify)

Información del Paciente (opcional):

Patient Information (optional):

Nombre / Name

Contrato / Contract

Fecha de incidente / Date of incident

Medicamentos / Medications

Información del Médico, Profesional de la Salud, o Institución (opcional):

Physician, Healthcare Professional, or Institution Information (optional):

Naturaleza del error en medicación / Nature of the medication error :

☐ Medicamento Incorrecto / Incorrect drug

☐ Administración Incorrecta / Incorrect Administration

☐ Dosis Incorrecta / Incorrect dose

☐ Contraindicaciones / Contraindications

☐ Interacciones / Interactions

☐ Diagnóstico Incorrecto / Incorrect Diagnosis

Otro (favor detallar) / Other (please give details)

Favor explicar el evento en detalle / Please describe the event in detail :

Favor de detallar documentos relacionados incluidos / Please list related documents included :