IAEMD
International Academy of Emergency Medical Dispatch

Informe de retroalimentación en la escena

Realizado por:_____ Agencia: _____

Fecha: _____ Hora:_____ Recorrido #: _____ Unidad(es): _____

Asesores: _____ y _____

Equipo de respuesta: _____ y _____

Problema detectado: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Protocolo específico a que se hace referencia: _____ #: _____

Procedimiento de operación a que se hace referencia: _____ #: _____

Para uso exclusivo de la unidad de MC

Recibido en la Unidad de Mejoramiento de la calidad (Fecha): _____Por: _____

Resultado de la investigación: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Revisión del caso completada (Fecha): _____ Cumplimiento (%): _____ Código de respuesta correcta: _____

Informado a: _____en: _____

Firma del ED-Q: _____ Fecha: _____

© 2018 IAEMD
Este formulario puede ser fotocopiado y usado con permiso de la IAEMD