



PROYECTO SANANDO NUESTRAS MUJERES

Reporte de Eventos Adversos

ESTE FORMULARIO DEBE SER LLENADO POR EL TRABAJADOR SOCIAL, PERO PUEDE SER LLENADO POR UN MIEMBRO DEL PERSONAL, SI CUALQUIER PARTICIPANTE DE SNM:

- REPORTA INTENCIONES PARA COMETER DAÑO A SÍ MISMO O A TERCEROS, INCLUIDA LA CONTEMPLACIÓN DE SUICIDIO , ABUSO INFANTIL, U OTRA AMENAZA.
- REPORTA PERLIGRO INMINENTE PARA SI MISMOS POR OTRA PERSONA COMO UNA PAREJA.
- REQUIERE INTERVENCIÓN EN CRISIS DURANTE LAS SESIONES DEL GRUPO SNM DEBIDO A LA ANSIEDAD, DEPRESIÓN U OTRO PROBLEMA EMOCIONAL. ESTO INCLUYE NECESIDAD DE MEDICAMENTOS O ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA U HOSPITALIZACIÓN ..

Nombre Del Cliente: _____

Su Nombre: _____ Título de Trabajo: _____

Ubicación (Brooklyn or Bronx) _____

Intervención: Reducción de Riesgos Promoción de la Salud (Marque uno.)

Fecha de Hoy: __ / __ / __ __

Fecha del Incidente: __ / __ / __ __

Hora del Incidente: __ __ : __ __ pm/ am

¿Dónde ocurrió el incidente??

1. Los números de identificación de todos los participantes que presenciaron o participaron en o fueron afectados por el incidente.

_____ (participante 1)	_____ (participante 2)
_____ (participante 3)	_____ (participante 4)
_____ (participante 5)	_____ (participante 6)
_____ (participante 7)	_____ (participante 8)
_____ (participante 9)	_____ (participante 10)
_____ (participante 11)	_____ (participante 12)

2. Describa el incidente (Por favor sea lo más específico posible y utilice los ID # ' s en lugar de nombres.)



PROYECTO SANANDO NUESTRAS MUJERES
Reporte de Eventos Adversos

Three horizontal lines for text entry.

3. Describa cualquier seguimiento de acciones tomadas por el personal de respuesta al incidente.

4. Se notificó el incidente a la policía oa cualquier otra autoridad? SI/NO
En caso afirmativo, a quién y cuándo se informó del incidente ?

Four horizontal lines for text entry.

Firma del personal llenando el informe _____ Fecha: __ / __ / __

Para ser llenado por el Investigador Principal:

Nombre del Investigador Principal: _____

Evaluación del Incidente (Porfavor indique cómo usted revisó el incidente y si en su opinión esto puede constituir a un evento adverso.)

Five horizontal lines for text entry.

Disposición de Incidente (Marque la categoría correspondiente.)

- Two checkboxes with text: 'Este incidente no constituye un evento adverso...' and 'He informado al IRB acerca de este incidente...'.

Recomienda acciones de seguimiento de Incidentes:

Three horizontal lines for text entry.

Firma del Investigador Principal: _____ Fecha: __ / __ / __