



Departamento de Salud Pública y Planificación Sanitaria  
Subdepartamento de Epidemiología

## FORMULARIO DE NOTIFICACION CASO DE ACCIDENTE POR HILO CURADO PARA VOLANTIN

ESTABLECIMIENTO: HOSPITAL FÉLIX BULNES CERDA

NOMBRE DEL CASO:  
RUT:

FECHA:

EDAD:

SEXO:

DOMICILIO:  
COMUNA:

FONO CONTACTO AFECTADO (CELULAR O FIJO):

DIAGNÓSTICO:

PRONOSTICO

LEVE

MODERADA

GRAVE

CIRCUNSTANCIA

- JUGANDO
- TRANSITANDO POR LA VÍA PÚBLICA
- OTROS

ESPECIFICAR LUGAR Y COMUNA:

PROCEDENCIA HILO CURADO (local, dirección, ubicación de adquisición y comuna):

RESPONSABLE DE LA NOTIFICACIÓN:

Mail: [epidemiologiarm@redsalud.gov.cl](mailto:epidemiologiarm@redsalud.gov.cl)