CODIFICACIÓN INTERNA:	
REPORTE DE SOSPECHAS DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LOS DISPOSITIVOS MÉDICOS QUE DISTRIBUYE LA EMPRESA RECOR DENTAL Y QUIEDIC CIA. LTDA.	
DATOS DEL NOTIFICANTE	
Señale con una X según corresponda: **Soy:** Profesional de la salud _____ Institución _____ Nombre de la institución: _____ Paciente, usuario final u otro _____	
Nombre y apellido:	
Cargo / profesión:	
Correo electrónico:	
Ciudad:	
Número de contacto:	
INFORMACIÓN DEL DISPOSITIVO MÉDICO	
vNombre del dispositivo médico:	
Marca, modelo o referencia:	
Fabricante:	
Número de lote o serie:	
Fecha de elaboración:	
Fecha de adquisición o utilización:	
INFORMACIÓN DEL EVENTO	
Fecha en que ocurrió el evento:	
¿Dónde ocurrió?	
Descripción breve de lo ocurrido:	
Marque con una X ¿Se produjo alguna consecuencia para el paciente o usuario?	Sí _____ No _____ No sabe / No está seguro _____
Si respondió “Sí”, describa brevemente lo ocurrido:	
Autorización de contacto:	Autorizo a RECOR DENTAL Y QUIMEDIC CIA. LTDA. a contactarme utilizando los datos proporcionados para solicitar información adicional relacionada con este reporte.
NOTA	
El envío de este formulario no constituye por sí mismo una determinación sobre la existencia de un evento adverso. La información proporcionada será revisada por el personal responsable de la organización y gestionada conforme a la normativa sanitaria vigente. RECOR DENTAL Y QUIMEDIC CIA. LTDA. tratará la información únicamente para los fines relacionados con la gestión, evaluación y seguimiento del reporte de manera confidencial.	