

SSD-016

REGISTRO DE TRATAMIENTOS DE PRIMEROS AUXILIOS

Documento de inmediato los primeros auxilios. Proteja la privacidad. Escale la atención y los reportes cuando se requiera.

2 Información del Proyecto		3 Número de Registro de Tratamiento	
Lugar del Tratamiento / Sitio		4 Fecha y Hora del Tratamiento	
1 Información de la Empresa		Hora del Tratamiento / Turno	Hora: _____ ☐ Día ☐ Noche ☐ Otro
6 Puesto		Departamento / Empleador del Empleado	
5 Información del Empleado		19 Firma del Proveedor de Primeros Auxilios	

1-6 Información del Tratamiento y del Empleado Complete de inmediato los hechos conocidos y proteja la información confidencial.

5 Información del Empleado	11 Testigos (si corresponde)
Nombre del empleado: _____	Nombre del testigo: _____
ID del empleado (opcional): _____	Empleador / puesto: _____
Empleador / departamento: _____	Núm. de contacto: _____
Núm. de contacto: _____	Declaración obtenida: ☐ Sí ☐ No
Puesto: _____	Tratamiento / evento observado: _____
Declaración del empleado obtenida: ☐ Sí ☐ No	Testigos adicionales adjuntos: ☐ Sí ☐ No
	Otro: _____
	☐ Otro: _____

7-16 Tratamiento y Disposición Registre la atención proporcionada, referencia médica, estado laboral, notificación y seguimiento.

TRATAMIENTO	Limpiar / proteger	Compresa fría / caliente	Vendaje / apósito	Lavado / enjuague ocular	Otros primeros auxilios
DISPOSICIÓN	Regreso al trabajo	Modificado / restringido	Referencia médica	Servicios de emergencia	Seguimiento requerido

Disposición: SOLO PRIMEROS AUXILIOS REFERENCIA MÉDICA RESPUESTA DE EMERGENCIA SE REQUIERE SEGUIMIENTO

Regla de atención: Llame a los servicios de emergencia ante condiciones graves o potencialmente mortales. Proporcione atención solo dentro de su capacitación y autorización, use precauciones universales, documente objetivamente y cumpla los requisitos de reporte y privacidad.

7-11 Detalles del Tratamiento de Primeros Auxilios

Registre cada paso del tratamiento, suministro utilizado, proveedor y respuesta.

#	HORA	EVALUACIÓN / OBSERVACIÓN	PRIMEROS AUXILIOS PROPORCIONADOS / SUMINISTROS UTILIZADOS	FUENTE	RESPUESTA	TRATADO POR
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

Clave de Entrada: O = Observación E = Declaración del Empleado T = Testigo P = Nota del Proveedor

Recordatorio del tratamiento: Evalúe señales de advertencia de emergencia, obtenga consentimiento cuando sea posible, use las precauciones apropiadas, evite diagnosticar fuera de su alcance, monitoree al empleado, preserve la privacidad, reponga los suministros y complete por separado los reportes requeridos de incidente o reclamación.

7-10 Información de Lesión/Enfermedad y Primeros Auxilios

7-9 Detalles de Lesión/Enfermedad y Primeros Auxilios	10-11 Suministros, Proveedor y Testigos
7 Descripción de Lesión o Enfermedad: _____ Cómo ocurrió / se reportó: _____ 8 Parte del Cuerpo Afectada: _____ Síntomas / observaciones: _____ Dolor / queja: _____ 9 Primeros Auxilios Proporcionados: _____ Respuesta del empleado: _____ Instrucciones proporcionadas: _____ Precauciones universales utilizadas: ☐ Sí ☐ No Consentimiento obtenido si fue posible: ☐ Sí ☐ No Detalles adicionales: _____ Reporte de Incidente requerido: ☐ Sí ☐ No ☐ Otro: _____	10 Suministros Médicos Utilizados: _____ Lote / vencimiento del suministro si corresponde: _____ Suministros repuestos: ☐ Sí ☐ No 11 Tratado por: _____ Capacitación / calificación del proveedor: _____ Inicio / fin del tratamiento: _____ Testigo presente: ☐ Sí ☐ No Nombre del testigo: _____ Notas del proveedor: _____ Instrucciones al empleado: _____ Contacto de seguimiento: _____ Otro: _____ ☐ Otro: _____

12-16 Referencia Médica, Estado Laboral, Notificación y Seguimiento

12 Referencia a Proveedor Médico (Sí/No)		Proveedor / Centro Médico	
13 Estado de Regreso al Trabajo		Restricciones / Instrucciones	
¿Se Llamó a Servicios de Emergencia?	☐ No ☐ Sí - agencia / reporte: _____	14 Notificación al Supervisor	☐ Sí ☐ No - motivo: _____
15 Seguimiento Requerido		Método / Vencimiento del Seguimiento	☐ Radio ☐ Teléfono ☐ Verbal ☐ Otro: _____

Lista de Verificación de Documentación del Tratamiento

☐ Información del empleado verificada	☐ Tratamiento y suministros registrados	☐ Calificación del proveedor identificada	☐ Referencia / estado de emergencia registrado
☐ Estado laboral registrado	☐ Supervisor notificado	☐ Seguimiento asignado	☐ Privacidad / destino del registro confirmados

Aviso de Seguimiento / Escalamiento

Escale de inmediato si empeoran los síntomas, el empleado solicita atención médica, se sospecha una condición grave, el tratamiento requerido excede

la capacitación o autorización del proveedor, o aparecen señales de advertencia de emergencia. Notifique al supervisor y complete los procesos aplicables de incidente.

compensación laboral, médicos y regulatorios sin retrasar la atención.

Núm. de Entrada de Seguimiento		Fecha / Hora	
Contacto / Condición / Acción de Seguimiento		Contactado / Verificado por	

18-20 Firmas y Aprobación Las firmas documentan la revisión y no constituyen una renuncia a los derechos del empleado.

FIRMA / APROBACIÓN	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE	FIRMA	FECHA
18 Firma del Empleado (si corresponde)			
19 Firma del Proveedor de Primeros Auxilios			
20 Aprobación del Supervisor			
Revisión Médica / de RR. HH. (si se requiere)			

Registro de Tratamiento / Contacto de Seguimiento: Registre contactos posteriores, cambios y acciones completadas.

Al firmar cuando corresponda, el empleado reconoce que recibió los primeros auxilios e instrucciones registrados. El proveedor certifica que la entrada es precisa a su leal saber y entender y está dentro de su capacitación y autorización.

ELEMENTO / CONTACTO DE SEGUIMIENTO	PERSONA RESPONSABLE	VENCE / RESULTADO	COMPLETADO / VERIFICADO

18 Firma del Empleado | 19 Firma del Proveedor de Primeros Auxilios | 20 Aprobación del Supervisor | 21 Conservación del Registro

Estado del Registro de Tratamiento	☐ Completo ☐ Seguimiento abierto	Fecha / Hora	
Referencia Médica / de Incidente	☐ Ninguno ☐ SI - referencia: _____	17 Comentarios Adicionales	
21 Lugar / Plazo de Conservación del Registro		Registro Cerrado / Conservado por	