



Formato de Reporte de Incidencia de Médicos Internos de Pregrado

1. DATOS GENERALES

Fecha y Hora del Reporte:	
Fecha y Hora de la Incidencia:	
Nombre Completo del Médico Interno:	
Servicio/Rotación Actual:	
Nombre de quien reporta:	
Cargo/Puesto de quien reporta:	
Lugar Específico de la Incidencia:	

2. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS

(Describa de manera clara, objetiva y cronológica los hechos ocurridos. Evite juicios de valor.)

Testigos (Nombre y Cargo):

- 1.
- 2.



B. Hospital General con Especialidades Juan María de Salvatierra
Subdirección de Enseñanza, Investigación, Calidad y Capacitación

3. CLASIFICACIÓN DE LA FALTA (Conforme al Reglamento Vigente)

Marque la(s) falta(s) imputable(s) en que incurrió el Médico Interno.

Marque	Descripción de la Falta
☐	Incumplir las indicaciones de las autoridades académicas y hospitalarias.
☐	Ausentarse de sus actividades sin el permiso correspondiente.
☐	Presentarse a sus actividades bajo el efecto de alcohol o sustancias psicotrópicas.
☐	Incumplir con las guardias programadas.
☐	Incurrir en actos de violencia, amagos, injurias o malos tratos.
☐	Sustraer material, equipo o medicamentos sin autorización.
☐	Comprometer por negligencia la seguridad del hospital o de las personas.
☐	Realizar cobros o vender medicamentos a pacientes para beneficio personal.
☐	Acumular más de tres retardos injustificados en un mes.
☐	Otra falta al reglamento: (Ej. Portación incorrecta de uniforme, firmar documentos no autorizados, incumplir con actividades académicas, violar normas de áreas de descanso).

Especifique la otra falta:



B. Hospital General con Especialidades Juan María de Salvatierra
Subdirección de Enseñanza, Investigación, Calidad y Capacitación

4. ACCIONES Y FIRMAS

Acciones Inmediatas Tomadas (si las hubo):

Documentación Anexa (si aplica): [☐] Escrito [☐] Fotografías [☐] Capturas de pantalla

[☐] Otro: _____

Nombre y Firma de quien reporta	Nombre y Firma de Enterado del Médico Interno <i>La negativa a firmar no invalida el reporte y se hará constar con la firma de dos testigos.</i>

Nombre y Firma del Testigo 1	Nombre y Firma del Testigo 2

5. PARA USO EXCLUSIVO DE LA SUBDIRECCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

Esta sección será llenada por la autoridad competente.

Recepción del Reporte:

| Fecha: _____

| Nombre y Firma de quien recibe: _____



B. Hospital General con Especialidades Juan María de Salvatierra
Subdirección de Enseñanza, Investigación, Calidad y Capacitación

Seguimiento y Medida Disciplinaria Aplicada (Conforme al Reglamento Vigente):

Marque	Medida
[]	Amonestación verbal.
[]	Llamada de atención por escrito.
[]	Extrañamiento.
[]	Nota de demérito.
[]	Baja o cancelación del internado.
[]	Sin medida disciplinaria.

Observaciones y Resolución:

Fecha de Resolución:	Nombre y Firma del Subdirector(a) de Enseñanza e Investigación