

COMUNICACIÓN DE USO DE DESFIBRILADOR SEMIAUTOMÁTICO

EMPRESA O ENTIDAD:

Empresa o Razón Social donde está situado el DESA:	
Dirección:	
Último día de utilización: _____	
FECHA de utilización:	HORA de utilización:

Nº DE SERIE DEL DESFIBRILADOR: _____

DATOS DE LA PERSONA ATENDIDA (los que se conozcan):

Apellidos:		Nombre:
D.N.I.:	Sexo (V/M):	Edad: (aproximada)

DATOS RELACIONADOS CON LA INTERVENCIÓN:

Persona atendida:		
¿Responde a estímulos?:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Respira con normalidad?:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ritmo desfibrilable:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Nº de aplicaciones DESA realizadas:	
Tiempo aproximado transcurrido entre el episodio inicial y la utilización del DESA (en minutos):	
Respuesta a RCP:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tiempo RCP básica (en minutos):	
¿Se avisó al Centro Coordinador de Emergencias?:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

DATOS DE LA PERSONA AUTORIZADA QUE HA USADO EL DESA:

Nombre y Apellidos:	Nº Registro DESA persona autorizada:
D.N.I.:	

En, _____ a _____ de _____ de _____

Firma

En cumplimiento del Reglamento (UE) 2016/679, los datos personales contenidos en este formulario y en la documentación adjunta serán objeto del tratamiento que se indica en el documento "información relativa a la protección de los datos de carácter personal" que se encuentra disponible junto al presente formulario en la sede electrónica www.tramitacastillayleon.jcyl.es

Para cualquier consulta relacionada con la materia o sugerencia para mejorar este formulario electrónico, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012 (983 327 850 desde fuera de Castilla y León).

Remitir en el plazo máximo de **una semana** en **sobre cerrado**, a la Dirección General Salud Pública de la Consejería de Sanidad, Paseo de Zorrilla, nº 1, 47071 Valladolid