

Formulario de informe de lesiones

Complete en los espacios en blanco y en los casilleros que correspondan

Nombre del programa: _____ Nro. de Teléfono: _____

Domicilio del establecimiento: _____

Nombre del niño(a): _____ Sexo: M F Fecha de nacimiento: ___/___/___ Fecha del incidente: ___/___/___
mes día año mes día año

Hora del incidente: _____:_____ AM/PM Testigos: _____

Nombre del padre/madre o tutor legal contactado: _____ Persona que informó: _____ Hora de información: ___:___ AM/PM

Servicios de emergencia médica (911) u otro profesional médico No se les informó Sí se les informó A las: ___:___ AM/PM

Lugar donde ocurrió el incidente: patio de juegos salón de clase baño pasillo cocina entrada sala de ejercicios o gimnasio oficina comedor no se sabe otro (especificar) _____

Equipo o artículos que formaron parte del incidente: escalador tobogán hamaca superficie del patio de juegos arenero triciclo/ bicicleta juguete (especificar): _____

otro equipo (especificar): _____

Motivo de la lesión: (describir) _____

caída sobre una superficie; altura aproximada de la caída _____ pies; tipo de superficie: _____

caída por correr o tropezarse mordida de niño vehículo motorizado un niño le pegó o lo empujó un objeto lo lastimó

al comer o atragantarse picadura o mordedura de insecto mordedura de animal lesión por exposición al frío otro (especificar): _____

Partes del cuerpo lesionadas: ojo oreja nariz boca diente otra parte de la cara otra parte de la cabeza cuello brazo, muñeca, mano pierna, tobillo, pie otra parte del torso (especificar): _____

Tipo de lesión: corte moretón o inflamación pinchadura raspadura quebradura o dislocación de hueso esguince lesión por aplastamiento quemadura pérdida de conocimiento no se sabe otro (especificar): _____

Primeros auxilio dados en el establecimiento: (ejemplo: alivio, presión, elevación, compresa fría, lavado, vendaje): _____

Persona que lo atendió: _____

no se necesitó tratamiento por parte de médico o dentista

tratamiento de paciente ambulatorio (ejemplo, en un consultorio o sala de emergencia)

hospitalización (pasó la noche) cantidad de días de internación: _____

Cantidad de días de actividad limitada debido a este incidente: _____ Plan de seguimiento o de asistencia para el niño(a): _____

Medidas correctivas necesarias para prevenir incidentes iguales o similares: _____

Nombre del funcionario o de la agencia a quien se informó: _____ Fecha: _____

Firma del miembro del personal: _____ Fecha: _____

Firma del padre, madre o tutor legal: _____ Fecha: _____