

# 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: \_\_\_\_\_