

REPORTE DE INCIDENTE INUSUAL O LESION

INSTRUCCIONES: NOTIFIQUE A LA AGENCIA DE LICENCIAMIENTO, AGENCIA DE COLOCACION Y A PERSONAS RESPONSABLES, SI HAY ALGUNA, ANTES DE QUE TERMINE EL SIGUIENTE DIA DE TRABAJO.
PRESENTE UN REPORTE POR ESCRITO ANTES DE QUE PASEN 7 DIAS DEL ACONTECIMIENTO.
GUARDE UNA COPIA DEL REPORTE EN EL EXPEDIENTE DEL CLIENTE.

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO		NUMERO DEL EXPEDIENTE DEL ESTABLECIMIENTO	NUMERO DE TELEFONO ()
DIRECCION		CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL	

CLIENTES/RESIDENTES IMPLICADOS	FECHA QUE OCURRIO	EDAD	SEXO	FECHA DE ADMISION

CLASE DE INCIDENTE

- | | | | | |
|--|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ausencia sin autorización | <input type="checkbox"/> Supuesto abuso del cliente | <input type="checkbox"/> Violación | <input type="checkbox"/> Lesión por accidente | <input type="checkbox"/> Emergencia médica |
| <input type="checkbox"/> Acto agresivo a sí mismo | <input type="checkbox"/> Sexual | <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Lesión de origen desconocido | <input type="checkbox"/> Otro incidente sexual |
| <input type="checkbox"/> Acto agresivo a otro cliente | <input type="checkbox"/> Física | <input type="checkbox"/> Intento de suicidio | <input type="checkbox"/> Lesión por otro cliente | <input type="checkbox"/> Hurto |
| <input type="checkbox"/> Acto agresivo a personal | <input type="checkbox"/> Psicológica | <input type="checkbox"/> Otra | <input type="checkbox"/> Lesión por un episodio relacionado al comportamiento | <input type="checkbox"/> Fuego |
| <input type="checkbox"/> Acto agresivo a familia, visitantes | <input type="checkbox"/> Financiera | | <input type="checkbox"/> Brote epidémico | <input type="checkbox"/> Daño de propiedad |
| <input type="checkbox"/> Supuesta violación de derechos | <input type="checkbox"/> Negligencia | | <input type="checkbox"/> Hospitalización | <input type="checkbox"/> Otro (<i>explique</i>) |

DESCRIBA EL EVENTO O INCIDENTE (INCLUYA LA FECHA, HORA, SITIO, PERPETRADOR, ORIGEN DEL INCIDENTE, CUALQUIER ANTECEDENTE QUE LLEVO AL INCIDENTE Y COMO LOS CLIENTES FUERON AFECTADOS INCLUYENDO CUALQUIER LESION):

PERSONAS QUE OBSERVARON EL INCIDENTE/LESION:

EXPLIQUE QUE ACCION INMEDIATA SE TOMO (INCLUYA A LAS PERSONAS CONTACTADAS) :

¿SE NECESITA TRATAMIENTO MEDICO? SI NO SI LA RESPUESTA ES SI, DESCRIBA LA NATURALEZA DEL TRATAMIENTO:

LUGAR DONDE SE ADMINISTRO:

ADMINISTRADO POR:

TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO, SI ALGUNO:

MEDIDAS TOMADAS O PLANEADAS (POR QUIEN Y LOS RESULTADOS ANTICIPADOS):

COMENTARIOS DE LA PERSONA CON LICENCIA/SUPERVISOR:

NOMBRE DEL DOCTOR QUE LO ESTA ATENDIENDO

REPORTE PRESENTADO POR:	NOMBRE Y TITULO/PUESTO	FECHA
REPORTE REVISADO/APROBADO POR:	NOMBRE Y TITULO/PUESTO	FECHA

AGENCIAS/PERSONAS NOTIFICADAS (ESPECIFIQUE EL NOMBRE Y NUMERO DE TELEFONO)

- LICENCIAMIENTO _____ SERVICIOS PARA LA PROTECCION DE ADULTOS/NIÑOS _____
- PROTECTOR Y MEDIADOR DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS BAJO CUIDADO A LARGO PLAZO _____ PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL/CONSERVADOR _____
- OFICINA ENCARGADA DE HACER CUMPLIR LA LEY _____ OFICINA PARA LA COLOCACION DE NIÑOS _____