Informe de Incidente/Lesión en Cuidado de Niños

Nombre del proveedor(a)		Número de ID del proveedor(a)	
Nombre del niño(a)		Edad del niño(a)	Sexo del niño(a) ☐ Masculino ☐ Femenino
Fecha del incidente	La hora del incidente ☐ am ☐ pm		☐ Contacto 911 ☐ Contacto el centro de control de envenenamiento.
CHECK ALL THAT APPLY			
Tipo de Lesión / Incidente ☐ Herida abierta / Cortada ☐ Dislocación ☐ Torcedura ☐ Quemadura ☐ Hueso Roto/ Fractura ☐ Envenenamiento ☐ Condición Respiratoria ☐ Convulsión ☐ Dolor/Inflamación/Chichón ☐ Alergias/Reacción alérgica ☐ Pérdida del conocimiento ☐ Otro:		Partes del cuerpo afectadas ☐ Cabeza/cara ☐ Brazos/Codos ☐ Ingle ☐ Oreas ☐ Manos/Muñecas ☐ Glúteos ☐ Ojos ☐ Dedos de la mano ☐ Torso ☐ Nariz ☐ Abdomen ☐ Cuello ☐ Boca/Dientes ☐ Caderas/Pelvis ☐ Espalda ☐ Dedos del pie ☐ Pecho/Hombros ☐ Piernas/Rodillas ☐ Pies/Tobillos ☐ Ninguno ☐ Otro:	
☐ Seriamente lastimado— Admisión en el hospital (durante la noche) ☐ Fatalidad		Lado del cuerpo afectado ☐ Izquierdo ☐ Derecho ☐ Otro	
Lugar donde ocurrió la lesión / Incidente Adentro ☐ Clase/Cuarto de Juegos ☐ Patio de recreo ☐ Cocina ☐ En los juegos del patio ☐ Baño ☐ Piscina/ Agua ☐ Área de dormir ☐ Durante un paseo ☐ Otro:		Causa de la lesión/ Incidente ☐ Resbalo o tropiezo ☐ Fuego ☐ Golpeado por un objeto ☐ Electricidad ☐ Esfuerzo excesivo ☐ Químicos ☐ Caída ☐ Equipo/Superficie ☐ Mordidas/Rasguños/Pateadas ☐ Ninguno/Desconocido ☐ Otro:	
		Fue llevado a la Clínica / Hospital ☐ No ☐ Por los padres ☐ Por el Proveedor(a) ☐ Por la ambulancia ☐ Desconocido	
Liste el nombre de los empleados y/o testigos presentes:			
Por favor de una breve descripción de las circunstancias del incidente.			
Se contactó a el Padre/Madre/Guardián ☐ En Persona ☐ Fecha: ☐ Por teléfono ☐ Vía E-mail ☐ Hora:		Se contactó al Agente de Licencias ☐ En Persona ☐ Fecha: ☐ Por teléfono ☐ Vía E-mail ☐ Hora:	
Se contactó al Servidor de Servicios Sociales(Si aplica) ☐ En Persona ☐ Fecha: ☐ Por teléfono ☐ Vía E-mail ☐ Hora:			
Comentarios del Padre/Madre/ Guardián:			
_____ Firma del Padre/Madre / Guardián Fecha		_____ Firma del Proveedor /Empleado Fecha	
Nombre:		Nombre:	
For DEL use only: ☐ Minor ☐ Serious ☐ Critical ☐ Intake ☐ LCIR			