



REPORTE DE INCIDENTE/ ACCIDENTE

Fecha de Accidente ___ / ___ / ___ Fecha de Reporte ___ / ___ / ___ Hora de Accidente ___ : ___ a.m./ p.m.

N.I. # _____ Empleado Estudiante Otro _____ Sexo: Masculino Femenino

Escuela/ Departamento _____ Ocupación _____

Nombre _____ S.S. # _____ - _____ - _____

Dirección _____ Edad _____ Fecha de Nacimiento _____

Teléfono _____ Empleado habla Ingles? Si No

Soltero Casado Divorciado Viudo Separado

Raza: Blanco Negro Hispano Asiático Nativo Americano Otro _____

Pariente más cercano _____ Dirección _____ Teléfono _____

Lugar de Accidente/Incidente _____

Lista de Testigos _____ Nombre de Doctores _____

La Naturaleza de Accidente/Incidente			Partes de Cuerpo Herido			
<input type="checkbox"/> Abrasión	<input type="checkbox"/> Daños a la Cabeza	<input type="checkbox"/> Dano al ojo	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Ojo	<input type="checkbox"/> Rodillo	<input type="checkbox"/> Tobillo
<input type="checkbox"/> Quemadura	<input type="checkbox"/> Magullar/Chichón	<input type="checkbox"/> Fractura	<input type="checkbox"/> Cara	<input type="checkbox"/> Pierna	<input type="checkbox"/> Brazo	<input type="checkbox"/> Dedo
<input type="checkbox"/> Cortada	<input type="checkbox"/> Resbalo/Cayó	<input type="checkbox"/> Laceración	<input type="checkbox"/> Dientes	<input type="checkbox"/> Pecho	<input type="checkbox"/> Espalda	<input type="checkbox"/> Pie
<input type="checkbox"/> Pinchar	<input type="checkbox"/> Convulsión	<input type="checkbox"/> Dislocación	<input type="checkbox"/> Muñeca	<input type="checkbox"/> Mano	<input type="checkbox"/> Codo	<input type="checkbox"/> Cabeza
<input type="checkbox"/> Trauma	<input type="checkbox"/> Torcedura		<input type="checkbox"/> Otro _____			
Otro _____			Izquierdo Derecha Los Dos/Ambos			

Como y Porque sucedió el golpe/ enfermedad? _____

Se notifico a los padres? Si No Hora que se notifico ___ : ___ a.m. / p.m.

Personas notificada: _____ Relación: _____

Tratamiento y Disposición _____

Se llamo a la ambulancia: Hora _____ Unidad _____ Nombre del Hospital _____

Persona Soltara: _____ Relación: _____

Firma _____

Enfermera

Supervisor/ Director de Escuela

