



**INCIDENTE INUSUAL E INFORME
DE LESIONES**

INSTRUCCIONES: Informe de inmediato y no más tarde que 24 horas del incidente.
Presentar informe por escrito dentro de los 7 días de la ocurrencia.
Conservar copia del informe en archivo del cliente.

NOMBRE DE ESTABLECIMIENTO:	NUMERO DE FACILIDAD DE ARCHIVO	NUMERO DE TELEFONO
----------------------------	--------------------------------	--------------------

DIRECCION:	CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL
------------	-------------------------------

CLIENTES Y RESIDENTES IMPLICADOS	FECHA DE OCURRENCIA	EDAD	SEXO	FECHA DE ADMISIÓN

TIPO DE INCIDENTE

- | | | | | |
|---|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ausencia Sin Autorización | <input type="checkbox"/> Presunto Abuso de Cliente | <input type="checkbox"/> Violación | <input type="checkbox"/> Lesión-Accidente | <input type="checkbox"/> Emergencia Médica |
| <input type="checkbox"/> Acto Agresivo/Si Mismo | <input type="checkbox"/> Sexual | <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Lesión-Origen Desconocido | <input type="checkbox"/> Otro-Sexual |
| <input type="checkbox"/> Acto Agresivo/Otro Cliente | <input type="checkbox"/> Físico | <input type="checkbox"/> Intento de Suicidio | <input type="checkbox"/> Lesión-De Otro Cliente | <input type="checkbox"/> Robo |
| <input type="checkbox"/> Acto Agresivo/Facultad | <input type="checkbox"/> Psicológica | <input type="checkbox"/> Fatalidad | <input type="checkbox"/> Lesión-De Episodio | <input type="checkbox"/> Fuego |
| <input type="checkbox"/> Acto Agresivo/Familiares, Visitantes | <input type="checkbox"/> Financiero | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Brote Epidémico | <input type="checkbox"/> Daños a la Propiedad |
| <input type="checkbox"/> Presunta Violación de Derechos | <input type="checkbox"/> Negligencia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Hospitalización | <input type="checkbox"/> Otro (explicar) |

DESCRIBIR EVENTO O INCIDENTE (LA FECHA, HORA, UBICACION CAUTOR, DETALLES DEL INCIDENTE, CUALQUIER ANTECEDENTES QUE CONDUZCAN A INCIDENTES Y COMO CLIENTES SE VIERON AFECTADOS, INCLUIDAS LAS LESIONES).

PERSONA(S) QUE OBSERVARON EL INCIDENTE/ACCIDENTE

EXPLIQUE QUE ACCION IMEDIATA FUE TOMADA (INCLUYA PERSONAS CONTACTADAS)

TRATAMIENTO MEDICO NECESSARIO: SI NO SI ES ASI, LA NATURALEZA DE TRATAMIENTO:

DONDE AMINISTRADO:

AMINISTRADO POR:

EL TRATAMIENTO DE SEGUIMIENTO, SI PROCEDE:

ACCIONES TOMADAS O PLANIFICADAS (POR QUIEN Y RESULTADOS ESPERADOS)

LICENCIATARIO/SUPERVISOR COMENTARIOS

NOMBRE DEL MEDICO QUE ATIENDE

INFORME PRESENTATO POR:	NOMBRE Y TITULO	FECHA
INFORME REVISADO/APROBADO:	NOMBRE Y TITULO	FECHA

AGENCIAS/INDIVIDUOS NOTIFICADOS (ESPECIFICAR EL NOMBRE Y NUMERO DE TELEFONO)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> UNIDAD DE RFA _____ | <input type="checkbox"/> SERVICIOS DE PROTECCION INFANTIL _____ |
| <input type="checkbox"/> EFENSOR DEL PUEBLO DE CIUDAD DE LARGO PLAZO _____ | <input type="checkbox"/> PADRE/GUARDA/CONSERVADOR _____ |
| <input type="checkbox"/> APLICACION DE LA LEY _____ | <input type="checkbox"/> AGENCIA DE COLOCACION _____ |