

UMATILLA-MORROW HEAD START – REPORTE DE INCIDENTE

Niño Empleado Voluntario

Nombre del Lesionado: _____ **Fecha:** _____ **Hora:** _____

Lugar/Sitio: _____ **Teléfono:** _____

Domicilio: _____ **Testigo de la Lesión:** _____

Lugar del Incidente: Salón Patio de Recreo Oficina Área-Servicio de Comida Sanitario Entrada
 Puerta Pasillo Escalera Cocina Gimnasio Autobús/Vehículo de Motor
 Otro Lugar (especifique) _____

Tipo de Incidente: Accidente-Vehículo de Motor Caída de Tropiezo Caída Corriendo Caída-Altura ____ (pies)
 Lesión de levantar pesado Mordedura Humana Mordedura de Animal Piquete/Mordedura de Insecto Le Pego un Objeto Enfermedad Repentina (ahorcar, pérdida de conocimiento, convulsión, emergencia diabética, reacción alérgica) Exposición al Medio Ambiente (sol, viento, frío, calor, electricidad o radiación) Exposición a Químicas (inhaladas, absorción o consumo de veneno) Expuesto a Sangre Humana u otro líquido Infeccioso del Cuerpo Acto de Violencia (golpe o empujón de alguien mas) Uso o Mal uso de Equipo o Maquinaria Mal funcionamiento de Equipo o Maquinaria
 Otro Incidente (especifique) _____

Parte del Cuerpo Lesionada: Ojos Oídos Nariz Boca Dientes Garganta Cuello
 Cabeza Mano Brazo/Canilla/Codo Rabadilla Espalda Ingle Pierna/Rodilla/Tobillo Otro _____

Tipo de Lesión: Morete/Hinchazón Cortada/Laceración/Raspadura Quemadura/Vejiga Torcedura/Distensión
 Lesión al Hueso o Coyuntura Lesión de Choque Objeto empalado Trauma Física a la Cabeza, Cuello o Espina Dorsal Sospecha de Lesión Interna Impresión Dificultad con Respiración Otro (Especifique) _____

Reporte los hechos del Incidente y lesión: _____

Reporte los Primeros Auxilios hechos en el lugar: _____

Reporte instrucciones dadas por personal de UMCHS a los padres o al empleado: _____

¿Fue requerido tratamiento más allá de primeros auxilios? Si "Si" Identifique al Proveedor: _____

Si "Si," Identifique el Seguro del Lesionado: _____

Si "Si," Identifique cuando se notifico al Director de Recursos Humanos: _____ (Fecha) _____ (Hora).

Reporte "acción correctiva" a tomarse para prevenir incidentes similares y lesiones: _____

Se Notifico a los Padres/Guardián por: Teléfono Contacto Directo Niño lleva el Reporte de Incidente a casa.

Expuesto a Patógenos Nacidos en la Sangre:

¿Ocurrió "contacto directo" con la sangre u otro líquido infeccioso del cuerpo? Si No

Si "Si," ocurrió "contacto directo" con la sangre u otro líquido potencialmente infeccioso con "piel sin-daños," membranas mucosas, ojos, boca o nariz del proveedor de cuidado u otros? Si No, Si "Si" describa el contacto con estos líquidos: _____

Firma de Personal: _____ Fecha: _____

Supervisor/Firma de Dirigente de Grupo: _____ Fecha: _____

Firma de DRH (Reporte de Incidente de Personal): _____ Fecha: _____

Director de Servicios de Salud (Reporte de Incidente de Niño): _____ Fecha: _____

Revisado por el Comité de Seguridad con Recomendaciones: _____ Fecha: _____