

# 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 Serguidad con Recomendaciones: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_