

**REPORTE DE INCIDENTE
INUSUAL O LESION**

INTRUCCIONES: NOTIFIQUE A LA AGENCIA DE RFA, AGENCIA DE COLOCACION Y A LAS PERSONAS RESPONSABLES, SI HAY ALGUNA, ANTES DE QUE TERMINE EL SIGUENTE DIA DE TRABAJO DESPUES DEL EVENTO. PRESENTE UN REPORTE POR ESCRITO ANTES DE QUE PASEN 7 DIAS DEL ACONTECIMIENTO. GUARDE UNA COPIA DEL REPORTE EN EL EXPEDIENTE DEL NIÑO/A Y EN EL EXPEDIENTE SUYO. REQUISITOS DE REPORTAR DE LOS DIRECTIVOS ESCRITOS 11-06.

NOMBRE DE LA FAMILIA DE APOYO		NÚMERO DE APROBACIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO
DIRECCIÓN		CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	

PERSONAS / RESIDENTES INVOLUCRADOS	FECHA QUE OCURRIÓ	EDAD	SEXO	FECHA DE ADMISION

TIPO DE INCIDENTE

- | | | | | |
|--|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Abuso No Autorizado | <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 / A Si Mismo | <input type="checkbox"/> Sexual | <input type="checkbox"/> Intento de suicidio | <input type="checkbox"/> Origen desconocido de la lesión | <input type="checkbox"/> Otro incidente sexual |
| <input type="checkbox"/> Acto Agresivo / Otro Cliente | <input type="checkbox"/> Físico | <input type="checkbox"/> Reporte de niño desaparecido | <input type="checkbox"/> Lesión de otro cliente | <input type="checkbox"/> Robo |
| <input type="checkbox"/> Acto Agresivo/A El Personal | <input type="checkbox"/> Psicológico | | <input type="checkbox"/> Episodio de lesión por comportamiento | <input type="checkbox"/> Fuego |
| <input type="checkbox"/> Acto Agresivo / Familia, Visitantes | <input type="checkbox"/> Financiero | | <input type="checkbox"/> Brote de epidemia | <input type="checkbox"/> Daño a la propiedad |
| <input type="checkbox"/> Presunta violación de derechos | <input type="checkbox"/> Negligencia | | <input type="checkbox"/> Hospitalización | <input type="checkbox"/> Otro (Explique) |

DESCRIBA EL EVENTO O INCIDENTE (INCLUYA FECHA, HORA, LUGAR, PERPETRADOR, NATURALEZA EN CASO DE INCIDENTE, CUALQUIER ANTECEDENTE QUE LLEVO AL INCIDENTE Y CÓMO LAS PERSONAS FUERON AFECTADAS, INCLUYENDO CUALQUIER LESIÓN.

PERSONA (S) QUE OBSERVARON EL INCIDENTE / LESIÓN

EXPLIQUE QUÉ ACCIÓN INMEDIATA SE TOMÓ (INCLUYA LAS PERSONAS CONTACTADAS)

TRATAMIENTO MÉDICO NECESARIO	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI ES ASÍ, DAR NATURALEZA DEL TRATAMIENTO:
------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--

DONDE SE ADMINISTRAN:

ADMINISTRADO POR:

ACCIÓN TOMADA O PLANIFICADA POR QUIÉN Y LOS RESULTADOS ESPERADOS:

COMENTARIOS:

TRATAMIENTOS DE SEGUIMIENTO, SI LOS HAY:

NOMBRE DEL MÉDICO ASISTENTE:

INFORME ENVIADO POR:

NOMBRE Y TÍTULO:

INFORME REVISADO / APROBADO POR:

NOMBRE Y TÍTULO:

AGENCIA / INDIVIDUOS NOTIFICADOS (ESPECIFIQUE NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO)

- AGENCIA RFA _____
- SERVICIOS DE PROTECCIÓN PARA ADULTOS/NIÑOS _____
- DEFENSOR DEL PUELO _____
- PADRE / TUTOR / CONSERVADOR _____
- CUMPLIMIENTO DE LA LEY _____
- AGENCIA DE COLOCACIÓN _____

ARCHIVO DE LA AGENCIA: ARCHIVO DEL NIÑO/A DE LA FAMILIA DE APOYO