

INCIDENT REPORT

Reporte De Incidente

Accident / Accidente **Observation** / Observación **Other** / Otro _____

Child's Name / Nombre del Niño: _____ **DOB** / Fecha de Nacimiento: _____

Service Options: ___ **Center Based** ___ **Home Based** ___ **FCCH** **Location:** _____

Date / Fecha: _____ **Time** / Hora: _____ AM PM **Teacher** / Maestra(o) _____

Nature Of Incident/ Naturaleza del Incidente	<input type="checkbox"/> Bite /Mordedura	<input type="checkbox"/> Bump /Golpe	<input type="checkbox"/> Fall /Caida	<input type="checkbox"/> Scrape /Raspadura	<input type="checkbox"/> Swelling /Hinchazón
	<input type="checkbox"/> Break /Fractura	<input type="checkbox"/> Burn /Quemadura	<input type="checkbox"/> Loose tooth /Diente Flojo	<input type="checkbox"/> Scratch /Rasguño	
	<input type="checkbox"/> Bruise /Moretón	<input type="checkbox"/> Cut /Cortadura	<input type="checkbox"/> Nose bleed /Sangre en la Nariz	<input type="checkbox"/> Sting /Picadura	
	<input type="checkbox"/> Other /Otro: _____				
<input type="checkbox"/> Change in behavior (describe) / Cambio de comportamiento (describe): _____					

Area	Head/Cabeza	Body/Cuerpo	Upper Limb/Brazos	Lower Limb/Piernas	<input type="checkbox"/> Other/Otro:
Affected/ Área Afectada	<input type="checkbox"/> Cheek /Mejilla	<input type="checkbox"/> Abdomen /Abdomen	<input type="checkbox"/> Arm /Brazo	<input type="checkbox"/> Ankle /Tobillo	_____
	<input type="checkbox"/> Lip /Labio	<input type="checkbox"/> Back /Espalda	<input type="checkbox"/> Elbow /Codo	<input type="checkbox"/> Buttock /Glúteo	_____
	<input type="checkbox"/> Chin /Barbilla	<input type="checkbox"/> Chest /Pecho	<input type="checkbox"/> Finger /Dedo	<input type="checkbox"/> Foot /Pie	_____
	<input type="checkbox"/> Mouth /Boca	<input type="checkbox"/> Groin /Ingle	<input type="checkbox"/> Hand /Mano	<input type="checkbox"/> Hip /Cadera	_____
	<input type="checkbox"/> Ear /Oído	<input type="checkbox"/> Neck /Cuello	<input type="checkbox"/> Wrist /Muñeca	<input type="checkbox"/> Knee /Rodilla	_____
	<input type="checkbox"/> Nose /Nariz	<input type="checkbox"/> Shoulder /Hombro		<input type="checkbox"/> Leg /Pierna	_____
	<input type="checkbox"/> Eye /Ojo			<input type="checkbox"/> Thigh /Muslo	_____
	<input type="checkbox"/> Teeth /Dientes			<input type="checkbox"/> Toe /Dedo del Pie	_____
	<input type="checkbox"/> Forehead /Frente				
	<input type="checkbox"/> Tongue /Lengua				
	<input type="checkbox"/> Head /Cabeza				

Specify/Especificar: **Right**/Derecho **Upper**/Superior **Which finger/toe/etc.**/Cuál dedo/del pie/etc.? _____
 Left/Izquierdo **Lower**/Inferior

Action Taken/ Acción Tomada	<input type="checkbox"/> Washed with soap & water /Lavado con agua y jabón	<input type="checkbox"/> Applied ice /Aplicó hielo	<input type="checkbox"/> Consoled child /Consoló al niño(a)
	<input type="checkbox"/> Band-Aid /Curita	<input type="checkbox"/> Applied pressure /Aplicó presión	
	<input type="checkbox"/> Other /Otro _____		
Child's response/ Reacción del Niño(a)	_____		
Skin broken?/ Corte en la piel?	<input type="checkbox"/> Yes /Si	<input type="checkbox"/> No	Exposure to blood?/ Hubo contacto con sangre?
Ambulance called?/ Se llamó la ambulancia?	<input type="checkbox"/> Yes /Si	<input type="checkbox"/> No	Family contacted?/ La familia fue informada?
Professional medical care required?/ Requirió cuidado médico profesional?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes /Si <input type="checkbox"/> No

If an Accident/ Si es Accidente	Where it happened/ Dónde pasó:	<input type="checkbox"/> In the Center /En el Centro	<input type="checkbox"/> Playground /Patio de recreo	<input type="checkbox"/> Parking lot /Estacionamiento
		<input type="checkbox"/> Field trip /Paseo	<input type="checkbox"/> Other /Otro _____	
	Specific location/ Lugar específico:	_____		
	How it happened/ Cómo sucedió:	_____		
Needs follow-up/ Necesita seguir el caso:	<input type="checkbox"/> Yes /Si	<input type="checkbox"/> No	Comment/ Comentario: _____	

Witnesses/ Testigos	_____	Miembro de Personal	Padre	Otro
	_____	<input type="checkbox"/> Staff member	<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Other _____
	_____	<input type="checkbox"/> Staff member	<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Other _____
		<input type="checkbox"/> Staff member	<input type="checkbox"/> Parent	<input type="checkbox"/> Other _____

Signature of Person Completing this Report/Firma de la Persona que completó/que hizo Reporte: _____ **Date/**Fecha: _____

Signature of Supervisor/Firma del Supervisor: _____ **Date/**Fecha: _____

I acknowledge that I received a copy of this Report / Yo recibí una copia de éste Reporte:

Signature of Parent/Guardian/Authorized Pick-up Person/ _____ **Date/**Fecha: _____

Firma del Padre/Guardián/Persona autorizada para Recogerle:

RETAIN ORIGINAL IN CENTER FILE/ Mantener la Copia Original en el Archivo del Dentro

Parent refused to sign/El Padre rehúsa firmar

Distribution / Distribución: **White /** Blanco: **Health Insert /** Archivo del Salud **Yellow /** Amarillo: **Parent /** Padre **Pink /** Rosa: **Supervisor**

Optional
Revised 11/05

CF/E-8