



## 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 _____            |