

REPORTE DE INCIDENTE  
 INUSUAL O LESION

INSTRUCCIONES: 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

☐ Abuso No Autorizado
 ☐ Presunto abuso de cliente
 ☐ Violación
 ☐ Lesión-Accidente
 ☐ Emergencia médica

☐ Acto Agresivo / A Si Mismo
 ☐ Sexual
 ☐ Intento de suicidio
 ☐ Origen desconocido de la lesión
 ☐ Otro incidente sexual

☐ Acto Agresivo / Otro Cliente
 ☐ Físico
 ☐ Otro
 ☐ Lesión de otro cliente
 ☐ Robo

☐ Acto Agresivo/A El Personal
 ☐ Psicológico
 ☐ Episodio de lesión por comportamiento
 ☐ Fuego

☐ Acto Agresivo / Familia, Visitantes
 ☐ Financiero
 ☐ Brote de epidemia
 ☐ Daño a la propiedad

☐ Presunta violación de derechos
 ☐ Negligencia
 ☐ Hospitalización
 ☐ 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