**Informe de lesión/incidente en cuidado de niños**

**Child Care Injury/Incident Report**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del niño:       |  |
| Además de informar al departamento por teléfono o correo electrónico sobre los siguientes incidentes y lesiones, un proveedor también debe llenar el presente informe de incidente y entregarlo al DCYF dentro de un plazo de 24 horas.  |
| Nombre del proveedor      | ID del proveedor      |
| Edad del niño      | Fecha del incidente      |  Hora del incidente      [ ]  a.m. [ ]  p.m.  | El incidente ocurrió[ ]  En interiores [ ]  En exteriores |
| Escriba los nombres de los empleados presentes y testigos:      | Tratamiento provisto al niño mientras estaba en cuidado, y quién lo administró:      |
| **Marque todos los que correspondan** |
| **Situación que requirió una respuesta de emergencia de:**  [ ]  Servicios de emergencia (911) [ ]  Centro de control de intoxicaciones de Washington [ ]  Departamento de Salud 110-300-0475(2)(b)/110-301-0475(2)(b) 110-300-0475(2)(c)/110-301-0475(2)(c) 110-300-0475(2)(d)/110-301-0475(2)(d) |
| **Situaciones que ocurren mientras los niños están bajo cuidado y que pueden poner a los niños en riesgo tales como, entre otras:** [ ]  Contacto sexual inapropiado [ ]  Maltrato físico [ ]  Descuido [ ]  Malos tratos [ ]  Explotación [ ]  Otro       |
| **Lesión graves a un niño bajo cuidado:** [ ]  Hemorragia abundante [ ]  Uno o más huesos rotos/fracturados [ ]  Ahogamiento o problemas respiratorios graves inesperados [ ]  Lesión grave de cabeza o cuello  [ ]  Pérdida repentina de la conciencia [ ]  Sustancias químicas peligrosas en los ojos, la piel o ingeridas [ ]  A punto de ahogarse [ ]  Shock o estado de confusión aguda [ ]  Quemadura grave que requiere atención médica profesional [ ]  Envenenamiento [ ]  Sobredosis de sustancias químicas [ ]  Lesione que obligan a pasar la noche en el hospital  |
| Por favor escriba una breve descripción de la lesión o el incidente, que incluya en dónde ocurrió.      |
| Padre, madre o tutor al que se contactóFecha:       Hora:       [ ]  En persona [ ]  Teléfono  [ ]  Correo electrónico | Licenciador contactadoFecha:       Hora:       [ ]  En persona [ ]  Teléfono  [ ]  Correo electrónico |
| Comentarios del padre/madre/tutor: |
| Firma del padre/tutor Fecha*Al firmar este formulario reconozco que he recibido una copia de este informe.* | Firma del licenciatario/empleado Fecha |