**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 contactó  Fecha:       Hora:        En persona  Teléfono  Correo electrónico | | Licenciador contactado  Fecha:       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 | | |