

# 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 de enseñanza temprana 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 <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	El incidente ocurrió <input type="checkbox"/> En interiores <input type="checkbox"/> En exteriores
Escriba los nombres de los empleados presentes y testigos:		Tratamiento provisto al niño mientras estaba en cuidado, y quién lo administró:	
<b>Marque todos los que correspondan</b>			
<b>Situación que requirió una respuesta de emergencia de:</b>			
<input type="checkbox"/> Servicios de emergencia (911) 110-300-0475(2)(b) <input type="checkbox"/> Centro de control de intoxicaciones de Washington 110-300-0475(2)(c) <input type="checkbox"/> Departamento de Salud 110-300-0475(2)(d)			
<b>Situaciones que ocurren mientras los niños están bajo cuidado y que pueden poner a los niños en riesgo tales como, entre otras:</b>			
<input type="checkbox"/> Contacto sexual inapropiado <input type="checkbox"/> Maltrato físico <input type="checkbox"/> Descuido <input type="checkbox"/> Malos tratos <input type="checkbox"/> Explotación <input type="checkbox"/> Otro			
<b>Lesión graves a un niño bajo cuidado:</b>			
<input type="checkbox"/> Hemorragia abundante <input type="checkbox"/> Uno o más huesos fracturados <input type="checkbox"/> Ahogamiento o problemas respiratorios graves inesperados <input type="checkbox"/> Lesión grave de cabeza o cuello <input type="checkbox"/> Pérdida repentina de la conciencia <input type="checkbox"/> Sustancias químicas peligrosas en los ojos, la piel o ingeridas <input type="checkbox"/> A punto de ahogarse <input type="checkbox"/> Shock o estado de confusión aguda <input type="checkbox"/> Quemadura grave que requiere atención médica profesional <input type="checkbox"/> Envenenamiento <input type="checkbox"/> Sobredosis de sustancias químicas <input type="checkbox"/> 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		Licenciador contactado	
Fecha:	Hora:	Fecha:	Hora:
<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Teléfono		<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Teléfono	
<input type="checkbox"/> Correo electrónico		<input type="checkbox"/> Correo electrónico	
Comentarios del padre/madre/tutor:			
Firma del padre/tutor		Firma del licenciario/empleador	
Fecha		Fecha	
<i>Al firmar este formulario reconozco que he recibido una copia de este informe.</i>			