

Estado de Montana
Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos
Oficina de Licencias de Cuidado Infantil

INFORME DE ACCIDENTES/LESIONES

***Los accidentes que causen lesiones a un niño que provoquen que el niño sea hospitalizado, requiera transporte o intervención en ambulancia, o el tratamiento por parte de un médico, deben notificarse a la oficina local correspondiente del departamento en un plazo de 24 horas. ARM 37.95.183(5)**

***Se deben anotar todas las lesiones en la historia clínica del niño. ARM 37.95.183(6)**

Nombre del centro: _____ N.º de PV: _____

Nombre del niño lesionado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha del accidente/lesión: _____ Hora de la lesión: _____

Ubicación del accidente/lesión: _____

Describa el incidente: (qué estaba haciendo el niño en el momento en que se lesionó, estado de las instalaciones, qué sucedió)

Tipo de lesión y parte del cuerpo lesionada:

Miembro(s) del personal responsable de la supervisión del niño lesionado en el momento de la lesión:

Testigos del accidente/lesión:

Nombre: _____ Nombre: _____

Nombre: _____ Nombre: _____

¿Qué medida de primeros auxilios se tomó?

Fecha en que se proporcionaron los primeros auxilios: _____ Hora en que se proporcionaron los primeros auxilios: _____

Nombre del miembro del personal que administró los primeros auxilios: _____

¿Dónde fue llevado el niño después del accidente? _____

¿Cómo se transportó al niño? _____ ¿Quién transportó al niño? _____

¿Qué tratamiento médico se administró, si se administró alguno? _____

Método de notificación a los padres: _____

Fecha de notificación a los padres: _____ Hora de notificación a los padres: _____

FIRMA DEL PADRE/MADRE **FECHA**

FIRMA DEL PERSONAL/TESTIGO **FECHA**

FIRMA DEL PERSONAL/TESTIGO **FECHA**

FIRMA DEL PERSONAL/TESTIGO **FECHA**

FIRMA DEL PERSONAL/TESTIGO **FECHA**

FIRMA DEL DIRECTOR/PERSONAL **FECHA**