



Child Care Injury / Incident Report



Informe sobre lesiones/incidentes en la guardería infantil

Debe completarse en cualquier momento que una lesión requiera primeros auxilios o atención médica en una guardería infantil, en una casa de desarrollo de la primera infancia o en una instalación de guardería infantil autorizada.

Nombre de empresa o programa: _____
Dirección y número de teléfono: _____

Nombre del niño: _____	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento: _____
Fecha y hora del incidente: _____		
Nombre del padre/la madre/el tutor legar notificado: _____		
Método de notificación _____	Hora de notificación: _____ a. m./p. m.	
Notificado por (nombre del personal): _____		

Las lesiones graves deben reportarse al Departamento de Servicios Humanos dentro de las 24 horas del incidente ***.

Entre las lesiones graves se incluye:

- Enfermedad mental incapacitante
- Lesión corporal que conlleva un riesgo sustancial de muerte, causa una desfiguración grave permanente o produce en forma prolongada pérdida o impedimento en la función de cualquier miembro u órgano del cuerpo
- Toda lesión sufrida por un menor que requiera reparación quirúrgica y la administración de anestesia general
- Incluye, entre otras, las fracturas de cráneo, fracturas de costillas y fracturas metafisarias de los huesos largos de los niños menores de 4 años.

¿El incidente ocasionó una lesión grave al niño? Sí No

¿El incidente ocasionó la muerte del niño? Sí No

¿Se notificó al servicio de emergencias (911) o a otro profesional médico? Sí No

Hora de notificación _____ a. m./p. m.

Lugar del incidente:	<input type="checkbox"/> Salón de clases	<input type="checkbox"/> Comedor	<input type="checkbox"/> Gimnasio	<input type="checkbox"/> Vestíbulo
<input type="checkbox"/> Cocina	<input type="checkbox"/> Vehículo	<input type="checkbox"/> Oficina	<input type="checkbox"/> Patio	<input type="checkbox"/> Baño
<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____			

Equipo/producto involucrado (marque todas las que corresponda):	<input type="checkbox"/> Trepador
<input type="checkbox"/> Vehículo motorizado	<input type="checkbox"/> Suelo del patio
<input type="checkbox"/> Hamaca	<input type="checkbox"/> Arenero
<input type="checkbox"/> Juguete (especifique): _____	<input type="checkbox"/> Triciclo/bicicleta/juguete para conducir
<input type="checkbox"/> Otro equipo (especifique): _____	<input type="checkbox"/> Tobogán
<input type="checkbox"/> Equipo/producto involucrado en la lesión informado a la Comisión de Seguridad de Productos del Consumidor (Consumer Product Safety Commission, CPSC) https://www.cpsc.gov	

*** Si se ha producido una lesión grave o la muerte de un niño de la guardería, de la casa de desarrollo de primera infancia o de la instalación de guardería infantil autorizada, envíe por correo electrónico este formulario de informe de incidente al Departamento de Servicios Humanos a ccsid@dhs.state.ia.us dentro de las 24 horas del incidente.***

Causa de lesión/incidente (marque todas las que corresponda):

<input type="checkbox"/> Relacionada con la conducta del niño	<input type="checkbox"/> Mordedura de niño	<input type="checkbox"/> Mordedura de animal
<input type="checkbox"/> Sobreexposición al frío/calor	<input type="checkbox"/> Caída mientras corría/tropezo	<input type="checkbox"/> Ahogo
<input type="checkbox"/> Caída al suelo: Altura estimada de la caída ____ pies	Tipo de suelo: _____	
<input type="checkbox"/> Golpe o empujón de otro niño	<input type="checkbox"/> Lesión por un objeto	<input type="checkbox"/> Error en el medicamento
<input type="checkbox"/> Vehículo motorizado	<input type="checkbox"/> Envenenamiento	
<input type="checkbox"/> Picadura o mordedura de insecto, abeja, araña o garrapata		
<input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____		

Describa la lesión/incidente. Incluya partes del cuerpo lesionadas y el tipo de marca de la lesión. En casos de errores de medicamentos, describa el medicamento y las circunstancias exactas:

Atención médica/dental necesitada el día de la lesión/incidente:

No se requirió tratamiento médico/dental

Se atendió en un consultorio para pacientes externos o una sala de emergencias

Hospitalización

¿Qué primeros auxilios/tratamiento se proporcionaron en el lugar?

¿Quién realizó los primeros auxilios o proporcionó el tratamiento? _____

He revisado el informe de lesión anterior y certifico que la información es verdadera y precisa a mi leal saber y entender:

Firma del proveedor de la guardería infantil

Fecha

He leído el informe de lesión anterior:

Firma del padre/la madre/el tutor legal/la persona autorizada

Fecha

*** Si se ha producido una lesión grave o la muerte de un niño de la guardería, de la casa de desarrollo de primera infancia o de la instalación de guardería infantil autorizada, envíe por correo electrónico este formulario de informe de incidente al Departamento de Servicios Humanos a ccsid@dhs.state.ia.us dentro de las 24 horas del incidente.***