

## INCIDENT REPORT / REPORTE DE INCIDENTE

Accident / *Accidente*    Observation / *Observación*    Other / *Otro* \_\_\_\_\_

Child's Name / *Nombre del Niño*: \_\_\_\_\_ DOB / *Fecha de Nacimiento*: \_\_\_\_\_

Service Options: \_\_\_ Center Based   \_\_\_ Home Based   \_\_\_ FCCH   Location: \_\_\_\_\_  
*Opciones de servicio Basado en centro Hogar Lugar*

Date / *Fecha*: \_\_\_\_\_ Time / *Hora*: \_\_\_\_\_  AM  PM Teacher / *Maestra (o)* \_\_\_\_\_  
Time Parent was contacted: \_\_\_\_\_  AM  PM

Nature Of Incident / <i>Naturaleza del Incidente</i>	<input type="checkbox"/> Bite/ <i>Mordedura</i>	<input type="checkbox"/> Bump/ <i>Golpe</i>	<input type="checkbox"/> Fall/ <i>Caída</i>	<input type="checkbox"/> Scrape/ <i>Raspadura</i>	<input type="checkbox"/> Swelling/ <i>Hinchazón</i>
	<input type="checkbox"/> Break/ <i>Fractura</i>	<input type="checkbox"/> Burn/ <i>Quemadura</i>	<input type="checkbox"/> Loose tooth/ <i>Diente Flojo</i>	<input type="checkbox"/> Scratch/ <i>Rasguño</i>	
	<input type="checkbox"/> Bruise/ <i>Moretón</i>	<input type="checkbox"/> Cut/ <i>Cortadura</i>	<input type="checkbox"/> Nose bleed/ <i>Sangre en la nariz</i>	<input type="checkbox"/> Sting/ <i>Picadura</i>	
	<input type="checkbox"/> Other/ <i>Otro</i> : _____				
	<input type="checkbox"/> Change in behavior (describe) / <i>Cambio de comportamiento (describe)</i> : _____				

Area	<u>Head/Cabeza</u>	<u>Body/Cuerpo</u>	<u>Upper Limb/Brazos</u>	<u>Lower Limb/Piernas</u>	<input type="checkbox"/> Other/ <i>Otro</i> :
Affected/ <i>Área Afectada</i>	<input type="checkbox"/> Cheek/ <i>Mejilla</i>	<input type="checkbox"/> Lip/ <i>Labio</i>	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Arm/ <i>Brazo</i>	<input type="checkbox"/> Ankle/ <i>Tobillo</i>
	<input type="checkbox"/> Chin/ <i>Barbilla</i>	<input type="checkbox"/> Mouth/ <i>Boca</i>	<input type="checkbox"/> Back/ <i>Espalda</i>	<input type="checkbox"/> Elbow/ <i>Codo</i>	<input type="checkbox"/> Buttock/ <i>Glúteo</i>
	<input type="checkbox"/> Ear/ <i>Oído</i>	<input type="checkbox"/> Nose/ <i>Nariz</i>	<input type="checkbox"/> Chest/ <i>Pecho</i>	<input type="checkbox"/> Finger/ <i>Dedo</i>	<input type="checkbox"/> Foot/ <i>Pie</i>
	<input type="checkbox"/> Eye/ <i>Ojo</i>	<input type="checkbox"/> Teeth/ <i>Dientes</i>	<input type="checkbox"/> Groin/ <i>Ingle</i>	<input type="checkbox"/> Hand/ <i>Mano</i>	<input type="checkbox"/> Hip/ <i>Cadera</i>
	<input type="checkbox"/> Forehead/ <i>Frente</i>	<input type="checkbox"/> Tongue/ <i>Lengua</i>	<input type="checkbox"/> Neck/ <i>Cuello</i>	<input type="checkbox"/> Wrist/ <i>Muñeca</i>	<input type="checkbox"/> Knee/ <i>Rodilla</i>
	<input type="checkbox"/> Head/ <i>Cabeza</i>	<input type="checkbox"/> Shoulder/ <i>Hombro</i>	<input type="checkbox"/> Leg/ <i>Pierna</i>	<input type="checkbox"/> Thigh/ <i>Muslo</i>	<input type="checkbox"/> Toe/ <i>Dedo del pie</i>
Specify: <i>Especifique</i>	<input type="checkbox"/> Right/ <i>Derecho</i>	<input type="checkbox"/> Upper/ <i>Superior</i>	<input type="checkbox"/> Which finger/toe/etc.? / <i>¿Cuál dedo/del pie/etc.?</i> _____		
	<input type="checkbox"/> Left/ <i>Izquierdo</i>	<input type="checkbox"/> Lower/ <i>Inferior</i>			

Action Taken/ <i>Acción Tomada</i>	<input type="checkbox"/> Washed with soap & water/ <i>Lavado con agua y jabón</i>	<input type="checkbox"/> Applied ice/ <i>Aplicó hielo</i>	<input type="checkbox"/> Consoled child/ <i>Consoló al niño(a)</i>
	<input type="checkbox"/> Band-Aid/ <i>Curita</i>	<input type="checkbox"/> Applied pressure/ <i>Aplicó presión</i>	
	<input type="checkbox"/> Other/ <i>Otro</i> : _____		
	Child's response/ <i>Reacción del Niño(a)</i> : _____		
	Skin broken? / <i>¿Cortada en la piel?</i>		Exposure to blood? / <i>¿Hubo contacto con sangre?</i>
	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No
	Ambulance called? / <i>¿Se llamó la ambulancia?</i>		Family contacted? / <i>¿La familia fue informada?</i>
	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No
	Professional medical care required? / <i>¿Se requirió cuidado médico profesional?</i> <input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No		

If an accident / <i>Si es accidente</i>	Where it happened? / <i>¿Dónde pasó?</i>	<input type="checkbox"/> In the center/ <i>En el centro</i> <input type="checkbox"/> Playground/ <i>Patio de recreo</i> <input type="checkbox"/> Parking lot/ <i>Estacionamiento</i> <input type="checkbox"/> Field trip/ <i>Paseo</i> <input type="checkbox"/> Other/ <i>Otro</i> : _____
	Specific location/ <i>Lugar específico</i> : _____	
	How it happened / <i>¿Cómo sucedió?</i> : _____	
	Needs follow-up/ <i>Necesita seguir el caso</i> : <input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No	Comments/ <i>Comentarios</i> : _____

Witnesses/ <i>Testigos</i>	<u>Miembro de Personal Padre Otro</u> <input type="checkbox"/> Staff member <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Staff member <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Staff member <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Other _____
----------------------------	---

Signature of person completing this report/*Firma de la persona que completó el reporte*: \_\_\_\_\_ Date/*Fecha*: \_\_\_\_\_  
 Signature of supervisor/*Firma del supervisor*: \_\_\_\_\_ Date/*Fecha*: \_\_\_\_\_

I acknowledge that I received a copy of this Report / *Yo recibí una copia de este reporte*:  
 Signature of Parent/Guardian/Authorized Pick-up Person: \_\_\_\_\_ Date/*Fecha*: \_\_\_\_\_  
*Firma del Padre/Guardián/Persona autorizada para recoger:*

RETAIN ORIGINAL IN CENTER FILE/ *Mantener la copia original en el expediente del centro*

Parent refused to sign/*El padre rehusó firmar*