

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 / Naturaleza del Incidente	☐ Bite/Mordedura ☐ Bump/Golpe ☐ Fall/Caída ☐ Scrape/Raspadura ☐ Swelling/Hinchazón ☐ Break/Fractura ☐ Burn/Quemadura ☐ Loose tooth/Diente flojo ☐ Scratch/Rasguño ☐ Bruise/Moretón ☐ Cut/Cortadura ☐ Nose bleed/Sangre en la nariz ☐ Sting/Picadura ☐ Other/Otro: _____ ☐ Change in behavior (describe) / Cambio de comportamiento (describa): _____
---	---

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

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

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

Witnesses/ Testigos	_____ _____ _____	Miembro de Personal Padre Otro ☐ Staff member ☐ Parent ☐ Other ☐ Staff member ☐ Parent ☐ Other ☐ Staff member ☐ Parent ☐ 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

Optional
 Revised 1/13
 CF/E-8