

# REPORTE DE INCIDENTE INUSUAL O LESION

**INSTRUCCIONES:** NOTIFIQUE A LA AGENCIA DE LICENCIAMIENTO, AGENCIA DE COLOCACION Y A PERSONAS RESPONSABLES, SI HAY ALGUNA, ANTES DE QUE TERMINE EL SIGUIENTE DIA DE TRABAJO.  
PRESENTE UN REPORTE POR ESCRITO ANTES DE QUE PASEN 7 DIAS DEL ACONTECIMIENTO.  
GUARDE UNA COPIA DEL REPORTE EN EL EXPEDIENTE DEL CLIENTE.

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO		NUMERO DEL EXPEDIENTE DEL ESTABLECIMIENTO	NUMERO DE TELEFONO (    )
DIRECCION		CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL	

CLIENTES/RESIDENTES IMPLICADOS	FECHA QUE OCURRIO	EDAD	SEXO	FECHA DE ADMISION

**CLASE DE INCIDENTE**

- |  |   |  |   |   |
|--|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ausencia sin autorización           | <input type="checkbox"/> Supuesto abuso del cliente | <input type="checkbox"/> Violación           | <input type="checkbox"/> Lesión por accidente                                 | <input type="checkbox"/> Emergencia médica        |
| <input type="checkbox"/> Acto agresivo a sí mismo            | <input type="checkbox"/> Sexual                     | <input type="checkbox"/> Embarazo            | <input type="checkbox"/> Lesión de origen desconocido                         | <input type="checkbox"/> Otro incidente sexual    |
| <input type="checkbox"/> Acto agresivo a otro cliente        | <input type="checkbox"/> Física                     | <input type="checkbox"/> Intento de suicidio | <input type="checkbox"/> Lesión por otro cliente                              | <input type="checkbox"/> Hurto                    |
| <input type="checkbox"/> Acto agresivo a personal            | <input type="checkbox"/> Psicológica                | <input type="checkbox"/> Otra                | <input type="checkbox"/> Lesión por un episodio relacionado al comportamiento | <input type="checkbox"/> Fuego                    |
| <input type="checkbox"/> Acto agresivo a familia, visitantes | <input type="checkbox"/> Financiera                 |  | <input type="checkbox"/> Brote epidémico                                      | <input type="checkbox"/> Daño de propiedad        |
| <input type="checkbox"/> Supuesta violación de derechos      | <input type="checkbox"/> Negligencia                |  | <input type="checkbox"/> Hospitalización                                      | <input type="checkbox"/> Otro ( <i>explique</i> ) |

DESCRIBA EL EVENTO O INCIDENTE (INCLUYA LA FECHA, HORA, SITIO, PERPETRADOR, ORIGEN DEL INCIDENTE, CUALQUIER ANTECEDENTE QUE LLEVO AL INCIDENTE Y COMO LOS CLIENTES FUERON AFECTADOS INCLUYENDO CUALQUIER LESION):

---

---

---

---

---

---

---

---

PERSONAS QUE OBSERVARON EL INCIDENTE/LESION:

---

---

---

---

---

---

---

---

EXPLIQUE QUE ACCION INMEDIATA SE TOMO (INCLUYA A LAS PERSONAS CONTACTADAS) :

---

---

---

---

---

---

---

---

¿SE NECESITA TRATAMIENTO MEDICO?  SI  NO SI LA RESPUESTA ES SI, DESCRIBA LA NATURALEZA DEL TRATAMIENTO:

LUGAR DONDE SE ADMINISTRO:

ADMINISTRADO POR:

TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO, SI ALGUNO:

MEDIDAS TOMADAS O PLANEADAS (POR QUIEN Y LOS RESULTADOS ANTICIPADOS):

COMENTARIOS DE LA PERSONA CON LICENCIA/SUPERVISOR:

NOMBRE DEL DOCTOR QUE LO ESTA ATENDIENDO

REPORTE PRESENTADO POR:	NOMBRE Y TITULO/PUESTO	FECHA
REPORTE REVISADO/APROBADO POR:	NOMBRE Y TITULO/PUESTO	FECHA

**AGENCIAS/PERSONAS NOTIFICADAS (ESPECIFIQUE EL NOMBRE Y NUMERO DE TELEFONO)**

- LICENCIAMIENTO \_\_\_\_\_  SERVICIOS PARA LA PROTECCION DE ADULTOS/NIÑOS \_\_\_\_\_
- PROTECTOR Y MEDIADOR DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS BAJO CUIDADO A LARGO PLAZO \_\_\_\_\_  PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL/CONSERVADOR \_\_\_\_\_
- OFICINA ENCARGADA DE HACER CUMPLIR LA LEY \_\_\_\_\_  OFICINA PARA LA COLOCACION DE NIÑOS \_\_\_\_\_