



## EJEMPLO DE FORMULARIO DE INFORME DE INCIDENTES

Este formulario debe ser completado y archivado para cualquier accidente o lesión, así como para cualquier sospecha u observación de mala conducta o abuso. Una vez completado, presente este formulario a [persona/localidad]. Si tiene preguntas, póngase en contacto con [persona] en [teléfono y dirección de correo electrónico].

### INFORMACIÓN DEL INFORME:

Reportado por: \_\_\_\_\_ Fecha del informe: \_\_\_\_\_

Título/Papel (si es aplicable): \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN SOBRE EL INCIDENTE:

Tipo de incidente (seleccione todos los que correspondan):

Accidente  Lesión  Sospecha/Observación de Mala Conducta/Abuso  Otro: \_\_\_\_\_

Fecha y Hora del Incidente: \_\_\_\_\_ Evento (si es aplicable) \_\_\_\_\_

Ubicación: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado y Código Postal: \_\_\_\_\_

Área Específica del Incidente (por ejemplo, el patio de recreo): \_\_\_\_\_

Víctima(s): (Si es posible, indique las edades y los números de teléfono)

Nombre \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Partes involucradas: (Si es posible, proporcione los números de teléfono)

Nombre \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Testigos: (Si es posible, proporcione los números de teléfono)

Nombre \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Descripción del incidente: (adjunte páginas adicionales, si es necesario)

¿Se proporcionó tratamiento médico?  Sí  No  Rechazado

En caso afirmativo, dónde y cómo se proporcionó el tratamiento:

En el Sitio  EMT/Ambulancia  Atención Inmediata  Sala de Emergencia/Hospital

Ubicación Específica: \_\_\_\_\_



## EJEMPLO DE FORMULARIO DE INFORME DE INCIDENTES

### SÓLO PARA USO DE LA OFICINA:

¿Se notifica a los padres o tutores en caso de accidente o lesión?

Sí (adjuntar copia de la comunicación)

Fecha: \_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_\_

¿Informe policial presentado en caso de sospecha/observación de abuso de niños/adultos vulnerables?

Sí (adjuntar copia del informe)

Fecha: \_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_\_

¿El pastor principal está notificado? (si no está involucrado)

Sí (adjuntar copia de la comunicación)

Fecha: \_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_\_

¿Supervisor notificado? (si no está involucrado)

Sí (adjuntar copia de la comunicación)

Fecha: \_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_\_

¿Comité de Personal/Pastor Parroquial notificado? (si el clero o el personal involucrado)

Sí (adjuntar copia de la comunicación)

Fecha: \_\_\_\_\_ Iniciales: \_\_\_\_\_

Medidas de seguimiento:

**La investigación del incidente y el seguimiento están cerrados:**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y título impresos: \_\_\_\_\_