



Departamento de Servicios Humanos de Tennessee
Informe de incidente de lesión grave

La agencia deberá informar en el plazo de un (1) día calendario cualquier lesión grave que suceda a un niño bajo su cuidado (incluidas las ocurridas durante actividades en el centro y fuera del centro) en la que fuera necesario obtener tratamiento de un profesional médico. Si un profesional médico determina que el menor no sufrió una lesión o no es necesario administrar tratamiento, la agencia no está obligada a completar este formulario. El formulario debe ser enviado al Departamento de Servicios Humanos de Tennessee (TDHS, por sus siglas en inglés) a ChildCareServices.DHS@tn.gov o por fax al 615-524-3003; se dará una copia al padre/la madre/el cuidador; y se conservará una copia en los registros de la agencia.

Nombre de la agencia

Identificación Federal del Empleador (FEID) Número de teléfono de la agencia

Dirección de la agencia

Agencia reguladora TDHS Departamento de Educación (DOE)

Tipo de agencia: Familia Centro Grupo
 Por horas Exenta Autorizada

¿Su agencia participa actualmente en el Programa de Certificación de cuidado infantil? Sí No

Nombre del menor Sexo M F Edad

Fecha y hora del incidente Fecha y hora en que se notificó a la madre/el padre/tutor

Nombre de la madre/el padre o tutor legal al que se notificó

Notificado(a) por Puesto y Cargo

¿Fue necesario que recibiera tratamiento en un centro médico (por ejemplo, en un hospital, en urgencias, en una clínica, etc.)? Sí No

Tipo de lesión/lesiones: (marque todas las opciones que correspondan)

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cabeza | <input type="checkbox"/> Fracturas de huesos | <input type="checkbox"/> Interna | <input type="checkbox"/> Luxación |
| <input type="checkbox"/> Dental | <input type="checkbox"/> Quemadura por hielo | <input type="checkbox"/> Intoxicación | <input type="checkbox"/> Intoxicación alimentaria |
| <input type="checkbox"/> A punto de ahogarse | <input type="checkbox"/> Asfixia y/o ahogo | <input type="checkbox"/> Electrocutarse | <input type="checkbox"/> Magulladura |
| <input type="checkbox"/> Agotamiento por calor o golpe de calor | <input type="checkbox"/> Quemaduras | <input type="checkbox"/> Pérdida del conocimiento | |
| <input type="checkbox"/> Laceraciones y/o punciones (que sean más que cortaduras leves o arañazos) | | | |
| <input type="checkbox"/> Reacciones alérgicas (potencialmente mortal, por ejemplo, la anafilaxia) | | | |
| <input type="checkbox"/> Ingestión de medicamentos (no prescritos o que excedieran la dosis prescrita) | | | |
| <input type="checkbox"/> Otra (especifique): | | | |

Ubicación de la(s) Lesión/Lesiones: (marque todas las opciones que correspondan)

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cabeza | <input type="checkbox"/> Torso | <input type="checkbox"/> Brazo <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> Pierna <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> D |
| <input type="checkbox"/> Cuero Cabelludo | <input type="checkbox"/> Cuello | <input type="checkbox"/> Brazo | <input type="checkbox"/> Pierna |
| <input type="checkbox"/> Mejilla | <input type="checkbox"/> Clavícula <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> Codo | <input type="checkbox"/> Tobillo |
| <input type="checkbox"/> Oído <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> Tórax | <input type="checkbox"/> Muñeca | <input type="checkbox"/> Pie |
| <input type="checkbox"/> Nariz | <input type="checkbox"/> Estómago | <input type="checkbox"/> Dedo pulgar | <input type="checkbox"/> Rodilla |
| <input type="checkbox"/> Boca | <input type="checkbox"/> Nalgas: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> Dedo | <input type="checkbox"/> Dedo del pie |
| <input type="checkbox"/> Diente | <input type="checkbox"/> Área genital | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): |
| <input type="checkbox"/> Lengua | <input type="checkbox"/> Hombro: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> D | | |
| <input type="checkbox"/> Labio | <input type="checkbox"/> Columna | | |
| <input type="checkbox"/> Frente | | | |
| <input type="checkbox"/> Ojo | | | |
| <input type="checkbox"/> Barbilla | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): | | |

Describe la lesión (adjunte páginas adicionales de ser necesario):

Ubicación donde sucedió el incidente En el centro Fuera del centro, ¿dónde?

- | | | | |
|--|---|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aula | <input type="checkbox"/> Patio de juegos | <input type="checkbox"/> Gimnasio | <input type="checkbox"/> Baño |
| <input type="checkbox"/> Comedor | <input type="checkbox"/> Cocina | <input type="checkbox"/> Portada | <input type="checkbox"/> Pasillo |
| <input type="checkbox"/> Vehículo | <input type="checkbox"/> Excursión | <input type="checkbox"/> Oficina | <input type="checkbox"/> Piscina |
| <input type="checkbox"/> Se desconoce | <input type="checkbox"/> En exteriores (especifique): | | |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique): | | | |

Describe cómo se produjo el incidente, incluidas las causas y/o equipos (adjunte páginas adicionales de ser necesario):

Describe la respuesta inmediata de su agencia a la lesión grave (adjunte páginas adicionales de ser necesario):

Informe preparado por (Firma del miembro del personal) Fecha