



**Departamento de Servicios Humanos de Tennessee
Informe de Incidente de Lesión Grave para el Proveedor de Cuidado Infantil**

Los incidentes de lesiones graves tienen que ser reportados al Departamento de Servicios Humanos de Tennessee (TDHS) contactando a la línea de asistencia telefónica de Quejas de Cuidado Infantil al 800-462-8261. El proveedor de cuidado infantil debe reportar cualquier incidente de lesión grave que suceda a un menor bajo su cuidado (incluidos los ocurridos durante actividades en el centro y fuera del centro) en el que fuera necesario tratamiento de un profesional médico. Hay dos opciones para reportar incidentes de lesión grave:

1. Presentar el formulario completo al TDHS por email a ChildCareServices.DHS@tn.gov o por fax al 615-524-3003 y llamar a la línea de asistencia telefónica de Quejas de Cuidado Infantil al 800-462-8261 para informar y confirmar la recepción del formulario.
2. Llamar a la línea de asistencia telefónica de Quejas de Cuidado Infantil al 800-462-8261 para denunciar el incidente (en este caso el representante de servicio al cliente de cuidado infantil completará el formulario por teléfono. Si un representante de servicio al cliente no está disponible, usted recibirá una llamada de regreso para obtener la información.)

Si un profesional médico determina que el menor no sufrió una lesión o que no es necesario administrar tratamiento, no se requiere completar este formulario.

¿Se requirió tratamiento médico (ej. hospital, cuidado urgente, clínica, pediatra, etc.) **Sí** **No**

Nombre de la agencia

Identificación Federal del Empleador (FEID) + Extensión | Número telefónico de la agencia

Dirección de la agencia

Agencia reguladora TDHS | Departamento de Educación (DOE)

Tipo de agencia Centro Por horas | Familia Grupo | Autorizada Exenta

¿Participa actualmente su agencia en el Programa de Certificación de Cuidado Infantil? Sí No

Nombre del menor | Sexo H V | Edad

Fecha/Hora del incidente | Fecha/Hora en la cual se notificó a la madre/el padre/tutor(a) legal

Nombre de la madre/el padre o tutor(a) legal a quien se notificó

La madre/el padre o tutor(a) legal fue notificado por | Puesto y cargo

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

- | | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Cabeza <input type="checkbox"/> | Fracturas óseas | Interna | Luxación |
| Dental <input type="checkbox"/> | Congelación | Envenenamiento | Intoxicación alimentaria |
| A punto de ahogarse <input type="checkbox"/> | Atragantamiento y/o Asfixia | Eléctrica | Aplastamiento |
| Agotamiento por calor/ Insolación <input type="checkbox"/> | Quemaduras | Pérdida de conocimiento | |
| Laceraciones y/o punciones (que son más que cortaduras leves o arañazos) | | | |
| Reacciones alérgicas (potencialmente mortales, por ejemplo: la anafilaxia) | | | |
| Ingestión de medicamentos (no prescritos o que excedieran la dosis prescrita) | | | |
| Otro (especifique) | | | |

Ubicación de la(s) lesión(es) corporal(es): (marque todas las opciones que correspondan)

Cabeza	Torso	Brazo	Pierna
Cuero cabelludo	Cuello	Brazo	Pierna
Mejilla	Clavícula I D	Codo	Tobillo
Oreja I D	Pecho	Muñeca	Pie
Nariz	Estómago	Dedo pulgar	Rodilla
Boca	Nalgas: I D	Dedo	Dedo del pie
Dientes	Área genital	Otro (especifique):	Otro (especifique):
Lengua	Hombro: I D		
Labio	Columna/		
Frente	Espalda		
Ojo	Otro (especifique):		
Barbilla			

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

Lugar donde sucedió el incidente:	En el centro	Fuera del centro, ¿dónde?	
Aula	Patio de juegos	Gimnasio	Baño
Comedor	Cocina	Portada	Pasillo
Vehículo	Excursión	Oficina	Piscina
Desconocido	En exteriores (especifique):		
Otro (especifique):			

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

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

Representante de la Agencia de Cuidado Infantil que provee la información	Fecha/Hora
---	------------

LA CASILLA ABAJO ES SOLO PARA USO DEL TDHS.

Representante de Servicio al Cliente de Cuidado Infantil del TDHS	Fecha/Hora
---	------------