

**CROOK COUNTY SCHOOL DISTRICT
INFORME DE ACCIDENTE ESTUDIANTIL**

Nombre de la Escuela _____

Instrucciones: **“LEA CUIDADOSAMENTE Y LLENE COMPLETAMENTE.”** Use este formulario para reportar todos los accidentes que involucren lesiones a los estudiantes que ocurran mientras están bajo la jurisdicción de la escuela. Los accidentes de jurisdicción escolar son aquellos que ocurren mientras el estudiante está en la propiedad de la escuela, en los edificios escolares o en el camino hacia y desde la escuela. **Importante:** Es esencial que el accidente se describa con suficiente detalle para mostrar los actos y condiciones seguros e inseguros existentes cuando ocurrió el accidente. **SI SE NECESITA MAS ESPACIO**, por favor proporcione una declaración por escrito y adjúntela al documento. **Adjunte todas las fotos, dibujos y declaraciones relacionadas con el incidente.**

1. Nombre _____ Domicilio _____
2. Sexo H M Edad _____ Empleado Supervisor _____
3. Horario del Accidente: Hora _____ A.M. P.M. Fecha _____

Naturaleza Aparente de la Lesión

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Abrasión | <input type="checkbox"/> Fractura | Como sucedió el accidente? ¿Qué estaba haciendo el estudiante? Donde estaba el estudiante? Enumere específicamente los actos inseguros y las condiciones inseguras existentes. Especifique cualquier herramienta, maquina o equipo involucrado.
5a. Naturaleza de la Lesión y Parte del Cuerpo Lesionado: _____ |
| <input type="checkbox"/> Amputación | <input type="checkbox"/> Laceración | |
| <input type="checkbox"/> Moretón | <input type="checkbox"/> Pinchazo | |
| <input type="checkbox"/> Quemadura | <input type="checkbox"/> Rasguños | |
| <input type="checkbox"/> Cortadura | <input type="checkbox"/> Torcedura | |
| | | |

5b. Descripción y Ubicación del Incidente. Si no es testigo, ingrese la descripción exacta del estudiante utilizando “El estudiante declara....”

Firma del Testigo _____ Nombre del Testigo _____ Numero de Contacto _____

Firma del Testigo _____ Nombre del Testigo _____ Numero de Contacto _____

El accidente no fue presenciado por un adulto/personal. La descripción es declarada por un estudiante.

6. Evaluación y Tratamiento

- Visto por la Enfermera de la Escuela/Miembro del Personal
(Nombre) _____
(Nombre) _____
- Enviado(a) a Casa
Transportado por (Nombre) _____
- Enviado al Medico
Transportado por (Nombre) _____
- Enviado al Hospital
Transportado por (Nombre) _____

Descripción de la Evaluación y el Tratamiento de Primeros Auxilios

Firma del Evaluador _____ Nombre del Evaluador _____ Numero de Contacto _____

INFORME DE ACCIDENTE ESTUDIANTIL DE CCSD – PAGINA 2

7. ¿Fue un Padre u Otro Individual Notificado? Si No Cuando _____ Cómo? _____

Comentarios hechos por los Padres

Nombre del Individuo Notificado

¿Por Quién? (Ingrese el nombre, imprima y firme)

8. Categoría

- Salon No-Deportiva
- Atletismo Extra Curricular
- Extra Curricular No-Atlético
- Educación Física
- Otro _____
- Número total de días perdidos de la escuela _____ (Completarse cuando e estudiante regrese a la escuela.)

- Autobus
- Horseplay
- Receso

9. Seguimiento por parte del Administrador

Fecha _____ Persona que Presenta el Reporte _____

Administrador _____ Oficial de Seguridad _____

Comentarios de Admin. / Supervisor