

REPORTE DE INCIDENTE



Nombre del Cliente: _____

Dirección de Casa: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Ciudad, Estado, Código: _____

Teléfono: _____

Llenado por: (nombre & título): _____

Tutor: _____

Fecha del Incidente: _____

Hora del Incidente: _____

Fecha de hoy: _____

Lugar Exacto del Incidente: _____

Restricción: Químico | Físico | Mecánico
(Circule Uno)

¿Alguien se hirió durante este incidente? No Sí

(Llene un Reporte de Lesiones si hay alguna lesión visible.)

¿Los pasos de un BMP seguidos? No Sí

Enfermera Notificada: _____

¿Fue notificada entre una hora? No Sí

Problemas de Comportamiento

- Agresión hacia otros
- Daños a la Propiedad
- Evacuaciones inadecuadas

- Agresión hacia Los médicos
- Tendencias de fugar
- Conducta Sexual Inapropiada

- Lesiones auto infligidas
- Comportamiento de Suicidio
- Lenguaje inapropiado

Rechazos Constantes

- Tomando medicamentos
- Tareas y deberes

- Entrenamiento
- Comida

- Asistir al trabajo, escuela, dayhab
- Asistir a citas, terapias, consejería

Por favor describa el incidente en detalle. Incluya los nombres de todas las personas y clientes (sólo iniciales) involucrados, y cualquier otro testigo. En la descripción, por favor dirigirse a las siguientes preguntas... ¿Qué estaba el cliente haciendo antes del incidente? ¿Qué hizo para parar el mal comportamiento? ¿Alguien fue herido físicamente durante el incidente? ¿El cliente fue arrestado o trasladado a otro lugar? Utilice hojas adicionales si es necesario.

OFFICE USE ONLY:

Critical Incident Report Required: No Yes Date Reported: _____

Nurse Notes: _____

Nurse Signature: _____

Date: _____

REPORTE DE LESIONES



Nombre del Cliente: _____

Dirección de Casa: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Ciudad, Estado, Código: _____ Teléfono: _____

Llenado por: (nombre & título): _____ Tutor: _____

Fecha del Incidente: _____ Hora del Incidente: _____ Fecha de hoy: _____

Localización de la herida: _____ ¿Fue transportado a un hospital o clínica?

No Sí: _____

Por favor muestre en el diagrama el lugar de las lesiones visibles resultando del incidente. Describa el incidente y el daño en detalle, incluyendo la forma en que sucedió y lo que se hizo para tratar la herida. Incluya los nombres de la enfermera que contacto, y las instrucciones dadas con respecto a la lesión/accidente. En la descripción, por favor dirigirse a las siguientes preguntas... ¿Qué estaba el cliente haciendo justo antes de la herida? ¿El cliente perdió conciencia en algún momento? ¿El cliente demuestra alguna conducta extraña, por ejemplo, dificultad para respirar, temblores, dificultad del habla, etc.? Utilice hojas adicionales si es necesario.

Nombre de Enfermera Notificada: _____ Fecha de notificación: _____

OFFICE USE ONLY:

Physician Notified of Injury: Not Necessary Yes Date Notified: _____

Physician's Name: _____ Phone: _____

Nurse Notes: _____

Critical Incident Report Required: No Yes Date Reported: _____

Nurse Signature: _____ Date: _____