

**REPORTE DE ACCIDENTE**  
**DIRECCIÓN DE CENTROS DE ATENCIÓN INFANTIL**

CAI No.

Fecha:

Hora:

Nombre del becario:

Cómo inició el accidente:

Nombre y firma de la Asistente Educativa:

**Área Médica**

TIPO DE LESIONES

HORA QUE OCURRIÓ

CAUSAS

ÁREA DONDE OCURRIÓ

Sexo	
HOMBRE	MUJER
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fecha:

Hora:

Motivo de Consulta:

Recomendaciones:

Nombre, firma del médico y No. de cédula profesional

Nombre, firma de la enfermera y No. de cédula profesional

Nombre y firma del beneficiario:

TIPO DE LESIONES		HORA QUE OCURRIÓ	CAUSAS	ÁREA DONDE OCURRIÓ
1. Herida	8. Intoxicación	A. 7 A 9	I. Juego	a. Patio
2. Laceración	9. Picadura de Abeja	B. 9 A 12	II. Deporte	b. Cancha
3. Fractura	10. Picadura de Alacrán	C. 12 A 14	III. Agresión	c. Aula
4. Contusión	11. Introducción de Cuerpos Extraños	D. 14 A 17	IV. Material Escolar	d. Escalera
5. Luxación	12. Mordedura		V. Mobiliario	e. Área de Juego
6. Quemadura	13. Otras		VI. Asociado a las Características del Inmueble	f. Pasillo
7. Amputación			VII. Otras	g. Comedor
				h. Sanitario
				i. Otras