



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 OCURRIO

CAUSAS

ÁREA DONDE OCURRIO

Sexo	
HOMBRE	MUJER

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

- | | |
|---------------|--------------------------------------|
| 1. Herida | 8. Intoxicación |
| 2. Laceración | 9. Picadura de Abeja |
| 3. Fractura | 10. Picadura de Alacrán |
| 4. Contusión | 11. Introducción de Cuerpos Extraños |
| 5. Luxación | 12. Mordedura |
| 6. Quemadura | 13. Otras |
| 7. Amputación | |

HORA QUE OCURRIO

- | |
|------------|
| A. 7 A 9 |
| B. 9 A 12 |
| C. 12 A 14 |
| D. 14 A 17 |

CAUSAS

- | |
|---|
| I. Juego |
| II. Deporte |
| III. Agresión |
| IV. Material Escolar |
| V. Mobiliario |
| VI. Asociado a las Características del Inmueble |
| VII. Otras |

ÁREA DONDE OCURRIO

- | |
|------------------|
| a. Patio |
| b. Cancha |
| c. Aula |
| d. Escalera |
| e. Área de Juego |
| f. Pasillo |
| g. Comedor |
| h. Sanitario |
| i. Otras |