

REPORTE DE LESIONES/ENFERMEDAD PARA INFORMACION PARA LOS PADRES/APODERADOS LEGALES



Estimado Padre/Apoderado Legal:

Esto es para informarle de que su hijo se quejó de una lesión/enfermedad el día de hoy. **No se le suministró ningún medicamento.** Si usted tiene alguna pregunta o comentario, favor de ponerse en contacto con la oficina de la escuela.

Nombre del Estudiante : Fecha de Nacimiento: Fecha: Hora:

Área(s) dañada (Si el área dañada fue la cabeza, use el reporte para Lesiones de la Cabeza): Derecho Izquierdo
brazo pierna mano pie pecho espalda abdomen Otro: _____

Causa por la lesión: _____

Lugar donde sucedió la lesión:

Patio de recreo <input type="checkbox"/>	Los escalones <input type="checkbox"/>	El gimnasio <input type="checkbox"/>
Salón de clase <input type="checkbox"/>	La cafetería <input type="checkbox"/>	El pasillo <input type="checkbox"/>
Otro: _____ <input type="checkbox"/>	Educación Técnica <input type="checkbox"/>	

Molestias por la lesión (marque todas las que apliquen):

Raspones <input type="checkbox"/>	Moretones/golpes <input type="checkbox"/>	Cortadas/Laceraciones <input type="checkbox"/>
Sangrado de Nariz <input type="checkbox"/>	Astilla (metal/madera/vidrio*) <input type="checkbox"/>	Marque uno en específico Otro: _____

Tratamiento Básico Aplicado (marque todos los que aplique):

Limpieza de la Herida <input type="checkbox"/>	Descanso <input type="checkbox"/>	Curita <input type="checkbox"/>
Presión dada <input type="checkbox"/>	Paquete de hielo <input type="checkbox"/>	Material extraído por la enfermera** <input type="checkbox"/>

****Observe cercanamente por señales de infección o si es que todo el material haya sido extraído: incluyendo el dolor, área roja, inflamación, o expulsión de líquidos. Busque la atención médica si es que alguna de estas condiciones ocurre.**

Testigo de una lesión: _____

Molestias por la enfermedad (marque todas las que apliquen)

Tos <input type="checkbox"/>	Sarpullido <input type="checkbox"/>	Flujo Nasal <input type="checkbox"/>
Nauseas <input type="checkbox"/>	Enrojecimiento de Ojos <input type="checkbox"/>	Ojos llorosos <input type="checkbox"/>
Dolor de Estómago <input type="checkbox"/>	Vómito <input type="checkbox"/>	Dolor de Cabeza <input type="checkbox"/>
Sangrado de Nariz <input type="checkbox"/>	Diarrea <input type="checkbox"/>	Otro: _____

Tratamiento Básico Aplicado (marque todas las que apliquen)

Descanso <input type="checkbox"/>	Paquete de hielo (tibio) <input type="checkbox"/>	Paquete de hielo (frio) <input type="checkbox"/>
Se le tomó la temperatura _____ <input type="checkbox"/>		

Resultados (marque todos los que apliquen):

Enviado a casa Regreso a la clase
 Los Padres fueron Contactados: Hora _____ Se dejó un mensaje por teléfono
 Nombre de Contacto de Emergencia: _____ Hora: _____

Comentarios

Nombre de la persona de contacto de la escuela (favor de usar letra de imprenta): _____

Edificio/Escuela (favor de usar letra de imprenta): _____

Firma del miembro del personal: _____

Copy of this given to student date _____ time _____ Injury documented in Infinite Campus Health Office Visits
or form scanned and uploaded into IC documents tab.

Firma del Director/Supervisor del Departamento (favor de usar letra de imprenta): _____

Copy of this given to student date _____ time . _____

Injury documented in Infinite Campus Health Office Visits
or form scanned and uploaded into IC documents tab..