

REG Tipo de Evento - Lesión

Información de la Lesión –

Tipo de Lesión:*

- Abrasión Obstrucción Respiratoria Reacción Alérgica
- Mordida/Picadura Sangrado Ampollas Moretón
- Quemadura Atragantamiento Concusión
- Cortadura Dislocación Fractura Congelación
- Hematoma Hipertermia Infección Laceración Lesión
- Pérdida de Conocimiento Dolor Envenenamiento Úlcera por Presión Punción Sarpullido/Urticaria Enrojecimiento
- Raspe Arañazo Torcedura Quemadura por Sol
- Hinchazón/Edema Otro

Si Otro: _____

Lugar Específico:

- Área de Actividades Baño Dormitorio Comedor
- Pasillo Cocina Sala Aire Libre
- Área de Recreación Escaleras Desconoce Otro

Si Otro: _____

Hora del Tratamiento _____ am/pm

Fecha del Tratamiento, si es distinta a la fecha del evento _____

Color de la Lesión:

- Beige Negro Verde Multi-color Rosa
- Púrpura Rojo

Causa de Lesión:*

- Abuso Accidente en Vehículo de Motor Otro Accidente
- Equipo Adaptativo Ataque Chocó Contra Conducta Alimenticia
- Peligro Ambiental Exposición Caída Ingestión de Material Extraño (Pica) Insecto Condición Médica Procedimiento Médico
- Restricción Convulsiones Auto Agresión Sin Determinar Otro

Si Otro: _____

Este evento fue: * Observado Descubierta

Hora de la lesión: * _____ am / pm

Tratamiento por:

- Ninguno Individuo Familiar Empleado/LPN Enfermero RN
- Médico Sala de Emergencias/Hospital

Severidad de la Lesión

- Muy Menor (Sin tratamiento) Menor (Primeros Auxilios) Moderada (Tratamiento por Enfermero/Médico) Severo (Admisión a Hospital-Sala de Emergencias) Muerte

Partes del Cuerpo

- Abdomen Dedo Pulgar Derecho Dedo Pulgar Izquierdo Hombro Izquierdo Hombro Derecho Tobillo Derecho Dedos Izquierdos
- Dedos Derechos Brazo Izquierdo Brazo Derecho Sistémico Pie Izquierdo Pie Derecho Dientes Espalda Muslo Izquierdo
- Muslo Derecho Nalgas Nalga Izquierda Nalga Derecha Antebrazo Izquierdo Antebrazo Derecho Segundo Dedo del Pie Izquierdo Segundo Dedo del Pie Derecho Frente Pantorrilla Izquierda Pantorrilla Derecha Genitales Tercer Dedo del Pie Izquierdo Tercer Dedo del Pie Derecho Mano Izquierda Mano Derecha Pecho Cuarto Dedo del Pie Izquierdo Cuarto Dedo del Pie Derecho Izquierda Derecha Cabeza Cadera Izquierda Cadera Derecha Dedo Grande del Pie Izquierdo Dedo Grande del Pie Derecho Codo Izquierdo Codo Derecho Interno Dedos del Pie Izquierdo Dedos del Pie Derecho Ojo Izquierdo Ojo Derecho Rodilla Izquierda Rodilla Derecha Quinto Dedo del Pie Izquierdo Quinto Dedo del Pie Derecho Cara Pierna Izquierda Pierna Derecha Dedo Índice Izquierdo Lengua Dedo Índice Derecho Labios Brazo Superior Izquierdo Brazo Superior Derecho Dedo Meñique izquierdo Dedo Meñique Derecho Espalda Baja Espalda Superior Boca Dedo Medio Izquierdo Dedo Medio Derecho Cuello Cintura Nariz Muñeca Izquierda Muñeca Derecha Dedo Anular Izquierdo Dedo Anular Derecho Recto Espinilla Izquierda Espinilla Derecha

Resumen de la Lesión _____

Testigo 1: _____

Foto de la Lesión:

Fecha de la Foto Adjunta _____

Testigo 2: _____

Firma.....Nombre.....Fecha.....Hora.....am/pm

Nota:- Los campos requeridos están marcados con un asterisco (*)