

## REG Tipo de Evento - Otro

**Tipo de Evento:\***

- Accidente sin Lesión Aparente 
  Abuso de Alcohol/Drogas 
  Persona Extraviada 
  Problemas de Comportamiento 
  Cambio en Condición 
  Queja/Posible Litigio 
  Explotación 
  Caída sin Lesión 
  Involucración de Fuerza Policiaca 
  Posible Actividad Criminal/Mala Conducta 
  Incidente Potencial 
  Uso de Psicotrópicos PRN 
  Daño a la Propiedad 
  Violación de Seguridad 
  Situación Delicada 
  Enfermedad Seria 
  Conducta Amenazante

**Altercado**

**Subtipo de Evento:\***

- Individuo/Empleado  
 Individuo/Individuo  
 Otro

**Si Otro:** \_\_\_\_\_

Individuo fue:

- Agresor 
  Víctima

**Agresión**

**Subtipo de Evento:\***

- Agresor  
 Víctima

**Contrabando**

**Subtipo de Evento:\***

- Arma de Conveniencia  
 Manufactura de Armas  
 Drogas  
 Otro

**Si Otro:** \_\_\_\_\_

**Fuego**

**Subtipo de Evento:\***

- Intento/Causado por  
 Menor/Humo  
 Accidental/Causa Desconocida  
 Falsa Alarma/Falla de Equipo  
 Falsa Alarma/Causado por Individuo

**Hospital**

**Subtipo de Evento:\***

- Admisión  
 Sala de Emergencias sin admisión

**Suicide**

**Subtipo de Evento:\***

- Atentado  
 Amenaza

**Colocación Fuera del Hogar**

**Subtipo de Evento:\***

- Colocación por Crisis  
 Centro de Desarrollo  
 Facilidad de Hospicio  
 Hospital  
 ICF  
 Cárcel  
 Asilo  
 Rehabilitación  
 Respiro

**Intento de Robo/Hurto**

**Subtipo de Evento:\***

- Perpetrador  
 Víctima  
 Otro  
 Si Otro: \_\_\_\_\_

**Lugar Específico**

- Área de Actividades 
  Baño 
  Habitación 
  Comedor 
  Sala 
  Exterior 
  Pasillo 
  Cocina 
  Área Recreativa 
  Escaleras 
  Desconocido  
 Otro, **Si Otro:** \_\_\_\_\_

**Resumen del Evento** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Testigo 1:** \_\_\_\_\_

**Testigo 2:** \_\_\_\_\_

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

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