

Formulario de informe de incidentes o lesiones

Escriba en letra de imprenta

Si se lesiona mientras realiza tareas como voluntario,
notifique inmediatamente al personal de la Ciudad de Oakland.

Para ello, envíe un correo electrónico a
adoptaspot@oaklandnet.com o llame al 510-238-7630.

Nombre (persona lesionada)	Sexo M F	Fecha de nacimiento	Correo electrónico
Dirección de la persona lesionada y número de teléfono del contacto principal (Incluya el código de área)			
Si corresponde, nombre de los padres, dirección, y número de teléfono del contacto principal (Incluya el código de área)			
Fecha y hora del accidente	Lugar donde ocurrió el accidente		
Tipo de la presunta lesión, si se conoce (Marque lo que corresponda): Moretón Dislocación Laceración Contusión cerebral Fractura Esguince/Distensión			
Otro (Especifique)			
Parte del cuerpo lesionada (Mencione el lado de la lesión utilizando "D" para el lado derecho e "I" para el lado izquierdo)			
<input type="checkbox"/> Mano <input type="checkbox"/> Pie <input type="checkbox"/> Brazo <input type="checkbox"/> Hombro <input type="checkbox"/> Espalda <input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Cara <input type="checkbox"/> Pie <input type="checkbox"/> Pierna <input type="checkbox"/> Pecho <input type="checkbox"/> Ojo			
Otro (Especifique)			
¿Se prestó servicio de primeros auxilios? Si su respuesta es sí, descríbalos:			
¿Se recomendó una ambulancia? Sí No			
Si su respuesta es sí, ¿se negó la persona lesionada? Sí No			
¿Existió alguna lesión en los dientes? Si su respuesta es sí, ¿en cuáles?	Describa la condición de los dientes lesionados antes del accidente: Enteros, sanos y naturales Empastados Con corona Artificiales		
¿La lesión provocó la muerte de la persona? Sí No			
Describa de qué manera ocurrió el accidente. Proporcione todos los detalles posibles.			
Formulario completado por			
Nombre en letra de imprenta _____		Firma _____	
Fecha _____			