

**FORMULARIO DE INCIDENTE PARA SER  
COMPLETADO POR EL ESTUDIANTE/VISITANTE**



Recinto: \_\_\_\_\_ Fecha de informe \_\_\_\_\_

Fecha del Incidente/ Hora \_\_\_\_\_

Lugar del incidente \_\_\_\_\_

Nombre del Perjudicado: \_\_\_\_\_

Nombre Padre(s): y/o tutor \_\_\_\_\_

(Si es menor también escribir nombre de padre y/o tutor)

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_

Tel. Casa \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ # Seguro Social: \_\_\_\_\_

# de estudiante(si aplica) \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Patrono: \_\_\_\_\_

Describir qué ocurrió \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Aparente causa del incidente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Plan Médico \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre de testigo \_\_\_\_\_

Teléfono de testigo: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Acción tomada: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Reclamante

\_\_\_\_\_  
Representante de la Universidad