

**FORMULARIO DE INCIDENTE PARA SER  
COMPLETADO POR LA UNIVERSIDAD**



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

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

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

Nombre del Perjudicado: \_\_\_\_\_  
(Si es menor también escribir nombre de padre y/o tutor)

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

¿Usaba espejuelo o lente de contacto?: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Tipo de zapatos: \_\_\_\_\_

Comentarios del perjudicado ó familiares, luego del incidente \_\_\_\_\_

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

Resultado de la inspección del lugar del incidente \_\_\_\_\_

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

¿Se tomaron foto: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre de testigo(nombre de empleados trabajando en esa área: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Recibió Primeros Auxilios Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Se incluye Informe de Emergencias médicas Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Fue referido a Sala de Emergencia Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Indique medio de trasportación \_\_\_\_\_

Indique nombre del Hospital o Clínica donde fue referido: \_\_\_\_\_

Acción tomada y/o Comentarios \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre de quién preparó el informe

\_\_\_\_\_

Firma de quien preparó el informe

Teléfono: \_\_\_\_\_