

**FORMA PARA REPORTAR INCIDENTES: DIÓCESIS DE OWENSBORO**

Evento Parroquial       Evento del Decanato       Evento Diocesano

Fecha del Incidente \_\_\_\_\_ Tiempo del Incidente \_\_\_\_\_

Nombre de la Víctima \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Dirección de la Víctima \_\_\_\_\_

Padre/Tutor de la Víctima \_\_\_\_\_

Teléfono (Día) \_\_\_\_\_ Teléfono (Tarde) \_\_\_\_\_

Nombre del Lugar Donde Ocurrió el Incidente (Nombre del Edificio/ Dónde en el Edificio)

Personas que Presenciaron el Incidente:

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Describe Cómo Ocurrió el Incidente \_\_\_\_\_

¿Cuáles Fueron las Heridas Aparentes? \_\_\_\_\_

¿Cómo Fueron Tratadas las Heridas en el Lugar y por Quién? \_\_\_\_\_

¿Qué Otra Asistencia Médica se Buscó? \_\_\_\_\_

¿Qué Facilidad Medica/Hospital se Usó, Si era Necesario? \_\_\_\_\_

¿Contactaron a los Padres?    Sí \_\_\_\_\_    No \_\_\_\_\_    Detalles: \_\_\_\_\_

(ATRAS)

Revisado Julio 2008

**FORMA PARA REPORTAR INCIDENTES: DIÓCESIS DE OWENSBORO (Continuado)**

\_\_\_\_\_ Los Padres Accedieron a Tratamiento Médico

O \_\_\_\_\_ Los Padres Negaron Tratamiento Médico.

¿Por Que?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Quién Contactó al Padre/Tutor? \_\_\_\_\_

¿Qué Pasó Después del Tratamiento en el Hospital/Facilidad Médica? (Si Aplica) \_\_\_\_\_

Condición Actual de la Víctima \_\_\_\_\_

Nombre de la Persona Que Presentó el Reporte del Incidente \_\_\_\_\_

Título de la Persona Que Presentó el Reporte del Incidente \_\_\_\_\_

Fecha que se Cumplió el Reporte \_\_\_\_\_

Enviar o mandar por fax, una copia de este reporte (dentro de un mínimo de 24 horas y un máximo de dos semanas), a:

Chancellor/Administration  
600 Locust St.  
Owensboro, KY 42301  
270-683-1545  
Fax # 270-683-6883

**Indica en el dibujo los áreas del cuerpo dañados.**

