|  |  |
| --- | --- |
| **ANEXO 11.5 REGISTRO DE INCIDENTES Y ACCIDENTES EN SEDE**  **DATOS GENERALES** | |
| **Nombre de la entidad:** | **Nombre del CI o JI:** |
| **Comuna y dirección de la sede:** | |
| **Nombre del cuidador:** | **Teléfono:** |
| **Nombre del participante:** | |
| **Tipo y Numero De Documento de Identidad:** | **Edad del participante:** |
| **Nombre y cargo del Agente Educativo que realiza la atención:** | |
| **Fecha:** | |
| **DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DE INCIDENTE O ACCIDENTE** | |
|  | |
| **REQUIRIO TRASLADO A ENTIDAD DE SALUD (Marque con una X)**  **Si: NO:** | |
| **SE ACTIVO LA PÓLIZA (Marque con una X)**  **Si: NO:**  **Describa la orientación que le brindo a la familia:** | |
| **REQUIRIO CURACIÓN MENOR (Marque con una X)**  **Si: No:** | |
| **En caso de que haya requerido curación menor, describa lo que utilizó del botiquín y la curación que realizó:** | |
| **Firma del Agente Educativo que realiza la atención:** | |