

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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	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): <input type="checkbox"/> Moretón <input type="checkbox"/> Dislocación <input type="checkbox"/> Laceración <input type="checkbox"/> Contusión cerebral <input type="checkbox"/> Fractura <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si su respuesta es sí, ¿se negó la persona lesionada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Existió alguna lesión en los dientes? Si su respuesta es sí, ¿en cuáles?	Describa la condición de los dientes lesionados antes del accidente: <input type="checkbox"/> Enteros, sanos y naturales <input type="checkbox"/> Empastados <input type="checkbox"/> Con corona <input type="checkbox"/> Artificiales		
¿La lesión provocó la muerte de la persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Describa de qué manera ocurrió el accidente. Proporcione todos los detalles posibles. 			
Formulario completado por			
Nombre en letra de imprenta _____		Firma _____	
Fecha _____			