CCL 028-SPA
Rev. 9/2003

Kansas Department of Health and Environment
Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas

Bureau of Child Care and Health Facilities
Oficina de Cuidado de Niños e Instituciones de Salud

1000 SW Jackson, Suite 200
Topeka, KS 66612-1274

Phone: 785 - 296-1270 Fax: 785- 296-0803
Teléfono: 785 - 296-1270 Fax: 785- 296-0803

Website: www.kdhe.state.ks.us/kidsnet/
Sitio Web: www.kdhe.state.ks.us/kidsnet/

Notification of Injury, Illness or Critical Accident
Notificación de Lesión, Enfermedad o Accidente Grave

This form is to be used to report injury or illness of children or youth in child care or school age programs.
Este formulario debe ser utilizado para reportar lesiones, enfermedades o accidentes graves de niños o jóvenes que se encuentren en Programas de Cuidado de Niños o de Guardería para niños de Edad Escolar.

Name of Facility exactly as it appears on the License Nombre de la Institución, exactamente como aparece en la Licencia	License/Certificate # Licencia /Certificado #	Date Completed (MM/DD/YYYY) Fecha en que se llenó el formulario (Mes/Día/Año)
Street Address of Facility Dirección de la Institución	City Ciudad	County Condado

==========

SECTION I: TYPE OF NOTIFICATION
SECCIÓN I: CLASE DE NOTIFICACIÓN

Indicate the type of report:
Indique la clase de reporte:

_____ Sickness / Enfermedad
_____ Injury / Lesión
_____ Critical Incident such as missing child, Fire, etc. / Incidente grave como por ejemplo, la pérdida de un niño, un incendio, etc.

Provide a summary of the Incident: Proporcione un resumen sobre el Incidente:

==========

SECTION II: WHO WAS INVOLVED:
SECCIÓN II: ¿QUIÉN ESTUVO INVOLUCRADO?:

First and Last Name of Chile or Youth Primer Nombre y Apellido del Niño o Joven	Date of Birth (MM/DD/YYY) Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)

First and Last Name of adults responsible and/or observing the Incident. Primer Nombre y Apellido de los adultos que estaban encargados y/o presenciaron el incidente.	Relationship to the Facility (Staff member, Volunteer, etc.) Relación con la Institución (Empleado, Voluntario, etc.)

SECTION III: DESCRIPTION OF INJURY, ILLNESS OR CRITICAL INCIDENT:
SECCIÓN III: DESCRIPCIÓN DE LESIÓN, ENFERMEDAD O ACCIDENTE GRAVE:

Date of Incident MM/DD/YYYY Fecha del Incidente Mes/Día/Año	Description of Injury, Illness or Critical Incident, including what happened, time of day, location of children or youth at the time, etc. Descripción de la Lesión, Enfermedad o Incidente Grave ocurrido, incluyendo lo que ocurrió, la hora, y el lugar donde se encontraban los niños o jóvenes en ese momento, etc.	Remarks about the child's initial appearance and condition if illness or injury. Comentarios sobre la apariencia y la condición inicial del niño(a) si fue lesionado o lastimado.	Action taken by the facility. What did you do? Acción tomada por la Institución. ¿Qué hizo usted?	Was Medical attention required? (Yes or No) ¿Se Requirió Atención Médica? (Sí o No)

NOTAS

Date **Fecha**	**Comments/remarks** **Comentarios/Observaciones**

I attest, under penalty of perjury, that to the best of my knowledge, the information provided on this form is true and correct
Testifico, bajo pena de perjurio, que a mi real saber y entender, la información anterior es verdadera y correcta.

Print First and Last Name of Individual Completing this from: Escriba el Primer Nombre y Apellido de la Persona que llenó esté formulario:	
Signature Firma	Date Signed (MM/DD/YYYY) Fecha de Firma (Mes/Día/Año)