



DIÓCESIS CATÓLICA
DE
KALAMAZOO

REPORTE DE ACCIDENTE

ESCUELA/PARROQUIA _____ UNIDAD MCC NO. _____

TELÉFONO: _____ DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ CREMALLERA: _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE LESIONADO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ GRADO: _____

NOMBRE DE LOS PADRES: _____ TELÉFONO _____

DIRECCIÓN DE LOS PADRES: _____

FECHA DEL ACCIDENTE _____ (NÚMERO Y CALLE) _____ (CIUDAD) _____ (Código Postal) _____
HORA: _____ AM PM _____

UBICACIÓN ESPECÍFICA DEL ACCIDENTE: _____

PERSONA SUPERVISORA: _____ TÍTULO: _____

DESCRIBA CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE: _____

DESCRIBA LA UBICACIÓN, LA SUPERFICIE Y LA CONDICIÓN DEL ACCIDENTE: _____

DESCRIBA LA LESIÓN, LA EXTENSIÓN Y LA PARTE DEL CUERPO: _____

NOMBRE DE LA PERSONA QUE BRINDA PRIMEROS AUXILIOS: _____

DESCRIBA LOS PRIMEROS AUXILIOS ADMINISTRADOS: _____

¿SE NOTIFICÓ A LOS PADRES? ____ YES ____ NO CÓMO? _____ BY ¿QUIÉN? _____ ¿A QUÉ HORA? _____

LISTA DE TESTIGOS DIRECCIÓN NÚMERO DE TELÉFONO:

PERSONA QUE HACE EL INFORME: _____ TELÉFONO _____ TÍTULO: _____ FECHA DEL INFORME: _____

TODOS LOS ACCIDENTES DEBEN INFORMARSE A LA OFICINA DEL DIRECTOR / OFICINA PARROQUIAL EN ESTE FORMULARIO EL DÍA EN QUE OCURRAN.

EL SEGURO COMPLEMENTARIO DE ACCIDENTES ESTUDIANTILES ES PROPORCIONADO POR UN PROGRAMA SEPARADO A TRAVÉS DE LA CONFERENCIA CATÓLICA DE MICHIGAN. SIN EMBARGO, PARA PROTEGER A LA DIÓCESIS DE UNA POSIBLE RESPONSABILIDAD, ESTE INFORME DEBE COMPLETARSE PARA TODAS LAS LESIONES QUE NO SEAN CORTES Y CONTUSIONES MENORES.

INFORME TODAS LAS LESIONES DE INMEDIATO A GALLAGHER BASSETT SERVICES, INC.:

(833) MCC-LOSS / (833) 622-5677

OFICINA DE MISIÓN Y MINISTERIO. |. 215 N. WESTNEDGE AVE. |. KALAMAZOO, MI. 49007