

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Child Care Administration (*Administración de Cuidado de Niños*)

ACCIDENT, ILLNESS OR INJURY REPORT
INFORME DE ACCIDENTE, ENFERMEDAD O LESIÓN

CHILD'S NAME (<i>Last, First, M.I.</i>) – Nombre del niño(a) (<i>Apellido, nombre, inicia del segundo nombre</i>)	CHILD'S AGE – Edad del niño(a)
---	--------------------------------

DATE OF OCCURRENCE – Fecha del incidente	TIME – Hora	LOCATION – Localidad
--	-------------	----------------------

DESCRIBE THE ACCIDENT, ILLNESS OR INJURY – *Describe el accidente, la enfermedad o la lesión*

DESCRIBE HOW IT HAPPENED – *Describe cómo ocurrió*

EQUIPMENT INVOLVED – *Equipo involucrado*

NAME(S) OF OTHER PERSON (S) INVOLVED – *Nombre de otra persona(s) involucrada*

NAME(S) OF WITNESS(ES) – *Nombre de testigo(s)*

DESCRIBE TREATMENT PROVIDED – *Describe el tratamiento provisto*

WHO PROVIDED THE TREATMENT – *Quién proveyó el tratamiento*

PHONE CALLS MADE – *Llamadas telefónicas hechas*

☐ 911
 ☐ Parent(s) or guardian(s)
 ☐ Other _____
 ☐ No phone call needed
☐ Padre/Madre o tutor
 ☐ Otro _____
 ☐ No fue necesario llamar

DOCTOR'S/CLINIC'S NAME – *Nombre del médico/clínica*

HOSPITAL'S NAME – *Nombre del hospital*

OTHER – *Otro*

☐ Yes ☐ No Did you write this in your Daily Log of Accidents, Injuries or Illnesses (CC-005)?
☐ Sí ☐ No ¿Escribió usted esto en su Registro Diario de Accidentes, Lesiones o Enfermedades (CC-005)?

SIGNATURE OF PERSON PREPARING THIS REPORT – *Firma de la persona que prepara este informe*

DATE – *Fecha*

Original – Provider; **Copy** – Parent(s) or guardian(s)

Equal Opportunity Employer/Program • Under Titles VI and VII of the Civil Rights Act of 1964 (Title VI & VII), and the Americans with Disabilities Act of 1990 (ADA), Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, the Age Discrimination Act of 1975, and Title II of the Genetic Information Nondiscrimination Act (GINA) of 2008; the Department prohibits discrimination in admissions, programs, services, activities, or employment based on race, color, religion, sex, national origin, age, disability, genetics and retaliation. The Department must make a reasonable accommodation to allow a person with a disability to take part in a program, service or activity. For example, this means if necessary, the Department must provide sign language interpreters for people who are deaf, a wheelchair accessible location, or enlarged print materials. It also means that the Department will take any other reasonable action that allows you to take part in and understand a program or activity, including making reasonable changes to an activity. If you believe that you will not be able to understand or take part in a program or activity because of your disability, please let us know of your disability needs in advance if at all possible. To request this document in alternative format or for further information about this policy, contact 602-542-4248; TTY/TDD Services: 7-1-1. • Free language assistance for DES services is available upon request.

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. El Departamento tiene que hacer las adaptaciones razonables para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Esto significa por ejemplo que, si es necesario, el Departamento tiene que proporcionar intérpretes de lenguaje de señas para personas sordas, un establecimiento con acceso para sillas de ruedas o material con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o en una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su discapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible de lo que usted necesita para acomodar su discapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, llame al 602-542-4248; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente