



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

FI-DA-13 / 12142021

REPORTE DE INCIDENTES EN SALA

FECHA	DÍA	MES	AÑO	HORA	
-------	-----	-----	-----	------	--

NOMBRE DEL NIÑO(A)	EDAD	SALA
--------------------	------	------

PERSONAL DE SALA QUE LLEVA AL NIÑO(A) AL SERVICIO MÉDICO

NOMBRE
OBSERVACIONES

MÉDICO QUE BRINDÓ ASISTENCIA MÉDICA AL NIÑO(A)

NOMBRE	HORA
DIAGNÓSTICO	
TRATAMIENTO APLICADO	

PERSONAL DE SALA
FIRMA

T1 SERVICIO MÉDICO
T2 PEDAGOGÍA
T3 SALA

MÉDICO
FIRMA



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

FI-DA-13 / 12142021

REPORTE DE INCIDENTES EN SALA

FECHA	DÍA	MES	AÑO	HORA	
-------	-----	-----	-----	------	--

NOMBRE DEL NIÑO(A)	EDAD	SALA
--------------------	------	------

PERSONAL DE SALA QUE LLEVA AL NIÑO(A) AL SERVICIO MÉDICO

NOMBRE
OBSERVACIONES

MÉDICO QUE BRINDÓ ASISTENCIA MÉDICA AL NIÑO(A)

NOMBRE	HORA
DIAGNÓSTICO	
TRATAMIENTO APLICADO	

PERSONAL DE SALA
FIRMA

T1 SERVICIO MÉDICO
T2 PEDAGOGÍA
T3 SALA

MÉDICO
FIRMA