Informe de Accidente/Lesión

girl scouts of suffolk county

INSTRUCCIONES: Complete este formulario siempre que un accidente ocasione lesiones corporales. Asegúrese de completar todas las secciones de forma precisa y completa. Conserve una copia para sus registros y envíe el original por correo al Concilio (GSSC) dentro de las 24 horas posteriores al accidente. Si se presenta una reclamación de beneficios, se le pedirá al padre, madre o cuidador que complete los formularios de seguro correspondientes. Las reclamaciones se procesarán con el seguro de Girl Scouts.

Nombre de Herida:_____ Edad:_____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre del Madre/ Padre/ Cuidador:_____

Teléfono: _____ Correo Electrónico:_____

Fecha del Accidente/ Lesión:_____ Hora del Accidente/Lesión:_____

Girl Scout Registrada: ◯ Si ◯ No Si es así Entonces, Tropa #_____ Unidad de Servicio: #_____

Nombre de la persona que supervisa la actividad: _____

Lugar donde ocurrió el accidente: _____
(Nombre y dirección del lugar)

Describe lo que pasó:

Describa la lesión:_____

Describa los primeros auxilios administrados: _____

Nombre de la persona que administro los primeros auxilios: _____

¿La persona lesionada fue atendida por un médico en el lugar del accidente o posteriormente?

_____

Si corresponde, nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre del hospital: _____ Teléfono: _____

Nombre, dirección y teléfono de los testigos

Informado por:_____Teléfono: _____Fecha: _____

Solo para uso de oficina recibido por:_____Fecha recibido:_____

última actualización (6/18/25)