



Organizacion:		<h1 style="margin: 0;">Reporte de Incidente</h1> <p style="font-size: small; margin: 0;">www.SalvavidasInternational.com</p>	Playa:
Fecha:			Hora:
Descripción del Incidente: Rescate: <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Piscina <input type="checkbox"/> Lago <input type="checkbox"/> Río <input type="checkbox"/> Inundación <input type="checkbox"/> Otro: _____ Primero Auxillio: <input type="checkbox"/> Contusión <input type="checkbox"/> Corte: <input type="checkbox"/> menor o <input type="checkbox"/> mayor <input type="checkbox"/> Fractura de Hueso <input type="checkbox"/> Hipotermia/Hipotermia <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Otro: _____ Otro: <input type="checkbox"/> Persona Perdida <input type="checkbox"/> Medusa/Aguamala <input type="checkbox"/> Rocas/Embarcadero <input type="checkbox"/> Accidente de Bote <input type="checkbox"/> Persona Borracho <input type="checkbox"/> _____			Actividad de la Víctima: <input type="checkbox"/> Nadando/Flotando <input type="checkbox"/> Surfearo <input type="checkbox"/> con tabla <input type="checkbox"/> Caminando/Corriendo <input type="checkbox"/> Saltando <input type="checkbox"/> SCUBA <input type="checkbox"/> Caminando <input type="checkbox"/> Otro: _____
Causa del Incidente: <input type="checkbox"/> Corriente fuerte <input type="checkbox"/> Oleaje grande/fuerte <input type="checkbox"/> SCUBA <input type="checkbox"/> Alcohol/Drogas <input type="checkbox"/> Otro: _____	Información de la Víctima: Nombre: _____ Edad: _____ Dirección: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		
Detalles del Incidente: _____			
Resolución: _____			
Salvavidas:			Firma del Supervisor

Organizacion:		<h1 style="margin: 0;">Reporte de Incidente</h1> <p style="font-size: small; margin: 0;">www.SalvavidasInternational.com</p>	Playa:
Fecha:			Hora:
Descripción del Incidente: Rescate: <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Piscina <input type="checkbox"/> Lago <input type="checkbox"/> Río <input type="checkbox"/> Inundación <input type="checkbox"/> Otro: _____ Primero Auxillio: <input type="checkbox"/> Contusión <input type="checkbox"/> Corte: <input type="checkbox"/> menor o <input type="checkbox"/> mayor <input type="checkbox"/> Fractura de Hueso <input type="checkbox"/> Hipotermia/Hipotermia <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Otro: _____ Otro: <input type="checkbox"/> Persona Perdida <input type="checkbox"/> Medusa/Aguamala <input type="checkbox"/> Rocas/Embarcadero <input type="checkbox"/> Accidente de Bote <input type="checkbox"/> Persona Borracho <input type="checkbox"/> _____			Actividad de la Víctima: <input type="checkbox"/> Nadando/Flotando <input type="checkbox"/> Surfearo <input type="checkbox"/> con tabla <input type="checkbox"/> Caminando/Corriendo <input type="checkbox"/> Saltando <input type="checkbox"/> SCUBA <input type="checkbox"/> Caminando <input type="checkbox"/> Otro: _____
Causa del Incidente: <input type="checkbox"/> Corriente fuerte <input type="checkbox"/> Oleaje grande/fuerte <input type="checkbox"/> SCUBA <input type="checkbox"/> Alcohol/Drogas <input type="checkbox"/> Otro: _____	Información de la Víctima: Nombre: _____ Edad: _____ Dirección: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		
Detalles del Incidente: _____			
Resolución: _____			
Salvavidas:			Firma del Supervisor