



REGISTRO DE CUIDADO

Nombre del estudiante			Edad	
Curso		Ciclo		
¿El estudiante está enterado del llenado de este formato?	Si ()		No ()	
	Si la respuesta es "sí", describa brevemente la reacción del alumno.		Si la respuesta es "no" indique brevemente el ¿Por qué?	
Nombre del colaborador que reporta:			Puesto en el colegio	
Fecha del evento			Hora del evento	
Fecha del llenado del formato				
Descripción del evento:				
Otro personal adulto o estudiante testigo del evento o incidente	-			
	-			
Firma del colaborador que reporta				
Firma de recepción del DSL			Fecha de recepción del registro	