

# SeaTREK®

## Formulario de Reporte de Incidentes

(Nombre del Operador de SeaTREK®)

Este formulario debe ser completado por el Guía de SeaTREK, participante(s), y testigos(s) involucrados en el incidente. Completar de la manera más exacta posible y enviar **INMEDIATAMENTE** a Sub Sea Systems®.

GUÍA continúa atrás

● **Incidente**

Fecha del Incidente: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora del Incidente: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ AM \_\_\_\_ PM

Lugar del Incidente: \_\_\_\_\_ Condiciones Climáticas: \_\_\_\_\_

PERSONA HERIDA

● **Injured Participant**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Padre o Tutor (si es menor): \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Seguro Médico:  Y  N

\* Por favor adjuntar hojas adicionales si se requiere más espacio. Etiquetar cada descripción por Sección:

● **Descripción del incidente según el participante herido** (para ser completado por el participante herido):

Sección A

---



---



---



---

Participante Herido (letra imprenta) \_\_\_\_\_

Firma del Participante herido: (X) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Padre o Tutor del participante herido (si es menor): \_\_\_\_\_

Firma del Padre o Tutor: (X) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

TESTIGO(es)

\* Por favor adjuntar hojas adicionales si se requiere más espacio. Etiquetar cada descripción por Sección:

● **Descripción del incidente según el/los testigo(s):**

Sección B

---



---



---

● Testigo(s) Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

● **Descripción del incidente según el/los testigo(s):**

Sección C

---



---



---

● Testigo(s) Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

● **Posible Herida** (✓ o describir otra):

Raspadura/Corte por Coral \_\_\_\_\_ Aeroembolia \_\_\_\_\_ Oído Interno \_\_\_\_\_ Compresión de Senos Nasales \_\_\_\_\_

Fatalidad \_\_\_\_\_ Corazón \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Sección C

● **Tratamiento:**

Si se suministraron primeros auxilios (describir):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tratamiento suministrado por: \_\_\_\_\_

● **Partida y Transporte hacia** (✓ o describir otra):

Hogar \_\_\_\_\_ Hotel \_\_\_\_\_ Regreso al Buceo \_\_\_\_\_ Returned to Diving \_\_\_\_\_ Ambulancia \_\_\_\_\_ Hospital \_\_\_\_\_

Auto \_\_\_\_\_ Crucero \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

● **Se tomaron fotos :** (Y) (N)

● **Condiciones Climáticas:** Temperatura del Agua \_\_\_\_\_ Oleaje \_\_\_\_\_ Corriente \_\_\_\_\_ Rompiente \_\_\_\_\_ Visibilidad \_\_\_\_\_  
(distancia)

● **Clima:** Lluvia \_\_\_\_\_ Bueno \_\_\_\_\_ Niebla \_\_\_\_\_ Nublado \_\_\_\_\_ Temperatura Externa \_\_\_\_\_

Sección D

● **Descripción del incidente según el Guía de SeaTREK®**

(ej.: descripción de la escena del accidente, actitud del participante, estado físico, etc.):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del Guía de SeaTREK®: \_\_\_\_\_

Firma: (X) \_\_\_\_\_ ID# del Guía de SeaTREK®: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

● **ENVIAR POR FAX ESTE FORMULARIO INMEDIATAMENTE** (dentro de las 24 hrs.) **A Sub Sea Systems:**  
(530) 626-0113 O VÍA E-MAIL A [insurance@subseasystems.com](mailto:insurance@subseasystems.com).