



Incident Report Form

Incident report forms are for internal use only and should not be disclosed to any outside party unless done so by the General Manager. Use this form to record clubhouse incidents including but not limited to health-related incidents or accidents, facility damage, or code of conduct reports. The form should be used for members, non-members, vendors, and employees. Completed reports should be given to the GM. Include a second page if additional space is required.

Type of Incident: Health/Medical Facility Code of Conduct

Date & Time of Incident: **Location:**

Individuals Involved in Incident: *(Who was notified, full names, phone numbers, member ID if applicable.)*

Details of The Incident:

How Did the Club Respond:

Final Outcome of Incident:

Did the Club Offer Medical Assistance? Yes No

Did the Club Provide Medical Assistance? Yes No
If Yes, Please Explain:

Did the EMS Provide Medical Assistance? Yes No
If Yes, Please Explain:

Employee Completing this Form:

Signature: _____



Incident Report Form

Los formularios de informe de incidentes son solo para uso interno y no deben divulgarse a ninguna parte externa a menos que lo haga el Gerente General. Use este formulario para registrar incidentes en el club, incluidos, entre otros, incidentes o accidentes relacionados con la salud, daños a las instalaciones o informes del código de conducta. El formulario debe usarse para miembros, no miembros, proveedores y empleados. Los informes completos deben entregarse al Gerente General. Incluya una segunda página si necesita espacio adicional.

Tipo de incidente:

Salud/Médico

Instalación

Código de conducta

Fecha y hora del incidente:

Ubicación:

Individuos involucrados en el incidente: *(Quién fue notificado, nombres completos, números de teléfono, ID de miembro, si corresponde)*

Detalles del incidente:

Cómo respondió el club?:

Resultado final del incidente:

El Club ofreció asistencia médica?

Si

No

El Club brindó asistencia médica?

Si

No

En caso afirmativo, explíquelo por favor:

El Servicios médico de emergencia brindó asistencia médica?

Si

No

En caso afirmativo, explíquelo por favor:

Empleado que completa este formulario:

Firma: _____