

**CROOK COUNTY SCHOOL DISTRICT**

**ABUSO INFANTIL / REFERENCIA DE NEGLIGENCIA**

Persona que inicia esta derivación debe: Reportar el incidente inmediatamente por teléfono a La Agencia de la Ley (LEA) o al Departamento de Servicios Humanos (DHS) al 855-503-7233; (FAX) 541-693-8999

**PRESUNTA VICTIMA:** Interprete Necesario \_\_\_\_\_ Si \_\_\_ No Discapacidad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_ Femenino

**APELLIDO(S)** \_\_\_\_\_ **NOMBRE(S)** \_\_\_\_\_ **EDAD** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_\_

**ESCUELA** \_\_\_\_\_ **GRADO** \_\_\_\_\_

**PADRE/GUARDIAN:** \_\_\_\_\_ **TELEFONO** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **APELLIDOS** \_\_\_\_\_ **NOMBRE(S)** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN / CIUDAD / C.P:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN RECOPIADA:** Sea lo más detallado y factual posible sin solicitar más información. Incluya lo que se dijo sobre dónde, cuándo, personas involucradas, personas que informan y relación con la víctima. Anote el tipo de abuso (negligencia física, sexual, emocional) e indicadores (use el reverso si es necesario).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Notificación de padres es responsabilidad de DHS o LEA)

**REPORTADO A: (Indique que agencia)**

**Local Office for Services to Department of Human Services (DHS Involvement:**

Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Nombre del Contact en DHS \_\_\_\_\_

Agencia de Aplicación de la Ley (LEA) Participación (si es que se conoce): \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Agencia Responsable (si es que se conoce) \_\_\_\_\_

Firma del Agente de LEA/DHS. Si el niño es llevado a Custodia Protectora \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN RECOPIADA Y LLAMADA HECHA POR**

Persona que recopilo la información e hizo la llamada (Firma): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Administrador / Supervisor (Firma) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**NO GUARDE EN EL REGISTRO ESCOLAR DEL NIÑO**

Copia del Reporte a la Oficina del Superintendente: actualizado 1/10/2020