

REPORT OF ACTUAL OF SUSPECTED CHILD ABUSE OR NEGLECT
INFORMACIÓN SOBRE ABUSO O DESCUIDO DE NIÑOS REAL O SOSPECHADO
 Michigan Department of Health and Human Services

¿Se presentó una queja en forma telefónica al MDHHS?

 Sí

 No

▶ Si es así, N° _____ de Reg.

▶ Si no es así, comuníquese a su Oficina Local del MDHHS en forma (855-444-3911) inmediata

INSTRUCCIONES: PERSONA QUE INFORMA: Complete los ítems del 1 al 19 (del 20 al 28 deberán ser completados por personal médico, si corresponde). Envíe el formulario al MDHHS local del Condado donde se encontró al niño. Consulte instrucciones adicionales en el reverso.

1. Fecha

2. Lista de niños que se sospecha que fueron abusados o descuidados (Agregue hojas si es necesario)

NOMBRE	FECHA DE NAC.	Nº SEGURO SOCIAL	SEXO	RAZA

3. Nombre de la madre

4. Nombre del padre

5. Domicilio del niño (Nº y Calle)

6. Ciudad

7. Condado

8. Nº Telefónico

9. Nombre del supuesto autor del abuso o descuido

10. Relación con el niño(s)

11. Persona(s) con que el niño(s) vivía cuando el abuso/ descuido sucedió

12. Domicilio, Ciudad y Código postal donde sucedió el abuso/ descuido

13. Describa lesiones o condiciones y razón para sospechar del abuso o negligencia

14. Fuente de la Queja (Agregue el código de quien informa a continuación)

01 Médico Privado/ Asistente del Médico	11 Enfermero Escolar	42 Asistente Social de Instalación del MDHHS
02 Médico de Hospital/ Clínica/ Asistente del Médico	12 Maestro	43 Asistente Social de Instalación del DMH
03 Médico Forense	13 Administrador Escolar	44 Otro Asistente Social Público
04 Dentista/ Higienista Dental Registrado	14 Consejero Escolar	45 Asistente Social de Agencia Privada
05 Audiólogo	21 Agencia a Cargo de la Aplicación de la Ley	46 Asistente Social de la Corte
06 Enfermero (No Escolar)	22 Personal de Casos de Violencia Doméstica	47 Otro Asistente Social
07 Paramédico/ Técnico de Emergencias	23 Amigo de la Corte	48 Empleado/ Supervisor de FIS/ES
08 Psicólogo	25 Clero	49 Especialista/ Gerente de Serv. Soc. (CPS, FC, etc.)
09 Terapeuta de Parejas/ Familiar	31 Proveedor de Cuidado de Niños	56 Personal de la Corte
10 Orientador con Licencia	41 Asistente Social de Hospital/ Clínica	

15. Informe del nombre de la persona

Cód. de Infor. (ver arriba)

15a. Nombre de la organización que informa (escuela, hospital, etc.)

15b. Domicilio (Nº y Calle)

15c. Ciudad

15d. Est.

15e. Cód. Postal

15f. Nº Telefónico

16. Informe del nombre de la persona

Cód. de Infor. (ver arriba)

16a. Nombre de la organización que informa (escuela, hospital, etc.)

16b. Domicilio (Nº y Calle)

16c. Ciudad

16d. Est.

16e. Cód. Postal

16f. Nº Telefónico

17. Informe del nombre de la persona

Cód. de Infor. (ver arriba)

17a. Nombre de la organización que informa (escuela, hospital, etc.)

17b. Domicilio (Nº y Calle)

17c. Ciudad

17d. Est.

17e. Cód. Postal

17f. Nº Telefónico

18. Informe del nombre de la persona

Cód. de Infor. (ver arriba)

18a. Nombre de la organización que informa (escuela, hospital, etc.)

18b. Domicilio (Nº y Calle)

18c. Ciudad

18d. Est.

18e. Cód. Postal

18f. Nº Telefónico

19. Informe del nombre de la persona

Cód. de Infor. (ver arriba)

19a. Nombre de la organización que informa (escuela, hospital, etc.)

19b. Domicilio (Nº y Calle)

19c. Ciudad

19d. Est.

19e. Cód. Postal

19f. Nº Telefónico

