

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 541-693-2854; (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 Contacto 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