

Medford School District 549C

Código: **JHFE-AR(2)**
Revisado: 5/07/12
Orig. Código(s): JHFE-AR

Abuso Infantil/Reporte de Negligencia

La persona que inicie un reporte de abuso infantil/negligencia deberá:

1. Comunique INMEDIATAMENTE el incidente verbalmente a su director/supervisor o al Director de Recursos Humanos, Y a las autoridades que hacen cumplir la ley o al Departamento de Servicios Humanos de Oregon, División de Servicios de Protección Infantil al (541) 776-6120.
2. Si un empleado del distrito es sospechoso de abuso, se debe hacer un reporte inmediatamente al Departamento de Servicios Humanos de Oregon, División de Servicios de Protección Infantil, o a la agencia local de la aplicación de la ley, Y al Director de Recursos Humanos del Distrito Escolar de Medford.
3. Enviar el reporte completado al Director de Recursos Humanos del Distrito Escolar de Medford.

DENUNCIANTE: Nombre _____ Escuela _____ Posición _____

INFORMACIÓN RECOPIADA: Fecha _____ Horario _____

PRESUNTA VÍCTIMA: Necesita Interprete Si No Educación Especial Si No Masculino Femenino

Apellido _____ Nombre _____ Letra del Segundo Nombre _____ Edad _____

Fecha de Nacimiento _____ Escuela _____ Maestro _____ Grado _____

PADRE/TUTOR: Apellido _____ Nombre _____ Letra del Segundo Nombre _____

Dirección/Código Postal _____ Teléfono _____

OTHER CHILDREN IN FAMILY: (If additional space is needed, please list on reverse)

Last Name _____ First _____ M.I. _____ Age _____ Relationship _____

Last Name _____ First _____ M.I. _____ Age _____ Relationship _____

DENUNCIAS ESPECÍFICAS: Tipo de abuso físico sexual emocional negligencia

Proporcionar un informe detallado y factual (done, cuando, personas involucradas, denunciantes) de la sospecha de abuso, incluya indicadores. Use el reverse si es necesario.

PRESUNTO ABUSADOR: Apellido _____ Nombre _____ Letra del Segundo Nombre _____

Dirección/Código Postal _____ Teléfono _____

Relación a la víctima: _____ ¿La persona tiene acceso continuo al niño? Si No No Seguro

REPORTADO A: (Indique a que persona/agencia, marque todo lo que aplique.)

Director/Supervisor: Nombre/Título _____ Date _____ Hora _____

Director de Recursos Humanos: Nombre/Título _____ Fecha _____ Hora _____

Agencia del Cumplimiento de la Ley: Nombre/Título _____ Fecha _____ Hora _____

Departamento de Servicios Humanos: Nombre/Título _____ Fecha _____ Hora _____

Acción en la hora del reporte de la Aplicación de la Ley/Servicios de Protección Infantil _____

Nombre del Oficial/Trabajador del Caso _____ Archivo/No. de Caso _____

Acción Tomada _____

¿El niño fue tomado bajo custodia? Si No Si la respuesta es Si, el oficial/trabajador del caso tendrá que firmar el formulario de **Investigaciones Sobre Abuso Infantil Conducidas en las Instalaciones del Distrito.**

DO NOT FILE IN CHILD'S SCHOOL RECORD - Distribution: Original to Human Resources Department, copies to: employee filing report & school office