

# 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