

**REPORT OF SUSPECTED CHILD ABUSE (REPORTE DE SOSPECHA DE ABUSO DE MENORES)**

Este formulario puede ser usado como un reporte escrito que exige la ley para que todos los informantes obligatorios lo presenten ante el Department of Human Services después de un informe oral de sospecha de abuso de menores. Si su agencia tiene un formulario de reporte o un formato de carta que incluya toda la información que se pide en este formulario, puede usar el formulario de la agencia en lugar de este.

Llene tanta información como conozca bajo cada categoría. Presente el formulario completado dentro de las 48 horas posteriores a la denuncia oral en Centralized Intake Unit, PO Box 4826, Des Moines, Iowa 50305.

**INFORMACIÓN FAMILIAR**

Nombre del niño		Edad	Fecha de nacimiento
Dirección		Ciudad	Estado
Teléfono	Escuela		Nivel escolar
Nombre del padre o guardián		Teléfono <i>(si es diferente de aquel del niño)</i>	
Dirección <i>(si es diferente de aquel del niño)</i>			

**OTROS NIÑOS EN EL HOGAR**

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	CONDICIÓN

**INFORMACIÓN SOBRE LA SOSPECHA DE ABUSO**

En esta sección, indique la fecha del abuso que se sospecha; la naturaleza, grado y causa del mismo; las personas que se cree son responsables por el abuso presunto; evidencia de abusos previos y otra información pertinente necesaria para realizar la valoración. Use el reverso de este formulario si es necesario para completar la información solicitada y para identificar a las personas que han sido informadas acerca del reporte de abuso de menores, tales como administrador del edificio, supervisor, etc.

**INFORMACIÓN DE QUIEN REPORTA**

Nombre y cargo o posición	
Dirección de la oficina	
Teléfono	Relación con el niño
Nombres de otros informantes obligatorios que tienen conocimiento del abuso	
Firma del informante	Fecha