

Informe de Sospecha de Abuso Infantil

Este formulario puede usarse como el informe escrito que la ley requiere que todas las personas con obligación de denunciar presenten al Departamento de Servicios Humanos luego de una denuncia oral de sospecha de abuso infantil. Si su agencia tiene un formulario de informe o formato de carta que incluye toda la información solicitada en este formulario, puede usar ese formulario de la agencia en lugar de este formulario.

Complete tanta información como tenga bajo cada categoría. Envíe el formulario completado en **un plazo no mayor a 48 horas** a partir del reporte oral a **Centralized Services Intake Unit** por correo electrónico a csiu@dhs.state.ia.us, o fax a **(515) 564-4011**, o enviar por correo a P.O. Box 4826, Des Moines, Iowa 50305.

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA		
Nombre del menor	Edad	Fecha de nacimiento:
Dirección	Ciudad	Estado
Teléfono	Escuela	Grado
Nombre del padre/madre o tutor	Teléfono <i>(si es diferente al del menor)</i>	
Dirección <i>(si es diferente a la del menor)</i>		
OTROS MENORES EN EL HOGAR		
NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	CONDICIÓN
INFORMACIÓN DE SOSPECHA DE ABUSO		
<u>Número de incidente (prestado por CSIU en el momento del informe de sospecha de abuso infantil):</u>		
<p>En esta sección, indique la fecha de la sospecha de abuso; la naturaleza, el alcance y la causa del presunto abuso; las personas consideradas responsables del presunto abuso; evidencia de abuso previo; y otra información pertinente necesaria para realizar la evaluación. Use el reverso de este formulario si es necesario para completar la información solicitada anteriormente e identificar a las personas que han sido informadas de la denuncia de abuso infantil, como por ejemplo, el administrador del edificio, el supervisor, etc.</p>		
INFORMACIÓN DEL DENUNCIANTE		
Nombre y título o cargo		
Dirección de la oficina		
Teléfono	Relación con el menor:	
Nombres de otras personas con obligación de denunciar que tienen conocimiento del abuso.		
Firma del denunciante	Fecha	