

Formulario confidencial para informar el maltrato de estudiantes

Minnesota Department of Education staff use only			
Intake Person	MDE File #	Investigator	Date Assigned
	<input type="checkbox"/> No Maltreatment	<input type="checkbox"/> No Jurisdiction	<input type="checkbox"/> I & R
	<input type="checkbox"/> Other (Please explain)		Date Reporter Notified: _____
PSN Date: _____	<input type="checkbox"/> Verbal	<input type="checkbox"/> Written	<input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Written (Attach written correspondence)

Fecha de presentación: _____ ISD#: _____ Distrito escolar: _____

Nombre de la escuela: _____ Nombre del programa: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Director/Rector: _____ Teléfono: _____ (Ext.): _____

Información de transporte, si es necesaria: Contacto: _____ Teléfono: _____

INFORMANTE (Nombre de la persona que llena el formulario) Se mantiene la confidencialidad del informante bajo los estatutos de Minnesota, sección 626.556.

Nombre: _____ Cargo: _____ Teléfono: _____ Informante por mandato: Sí ___ No ___

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

PRESUNTA VÍCTIMA (Complete un formulario de información para cada presunta víctima)

Nombre: _____ Fecha nacimiento: _____ Grado: _____ Sexo: Masc. ___ Fem. ___

Educación especial: Yes ___ No ___ Descripción de la discapacidad: _____ Origen étnico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Padre/Tutor: _____ Teléfono: _____ Alternate Teléfono: _____

PRESUNTO INFRACTOR

Nombre: _____ Cargo: _____ Fecha nacimiento: _____ Sexo: Masc. ___ Fem. ___

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Origen étnico: _____ Teléfono: _____ Teléfono de alternativa: _____

INCIDENTE

Fecha: _____ Hora: _____ Localidad (por ejemplo - bus, salón de clases): _____

Dirección (si es distinta de la de la escuela): _____ Condado: _____

Presunto maltrato: Abuso físico ___ Abuso sexual ___ Descuido ___ Desconocido ___ **Lesión:** Sí ___ No ___ Desconocido ___

Descripción del incidente y de la lesión: (adjunte una página adicional si es necesario).

Información de contacto del testigo: _____

Se avisó a la policía: Sí ___ No ___ Departamento de policía: _____

Contacto: _____ Teléfono: _____ No de Caso: _____