

**ARIZONA DEPARTMENT OF CHILD SAFETY
 INFORME DE INCIDENTES PARA MENORES BAJO LA CUSTODIA Y EL CUIDADO
 DEL ARIZONA DEPARTMENT OF CHILD SAFETY (DCS)**

POR FAVOR ESCRIBA A MÁQUINA O CON LETRA DE MOLDE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

PARA LLENARSE POR LA PERSONA(S) RESPONSABLE INVOLUCRADA EN O QUE PRESENCIÓ EL INCIDENTE

1. NOMBRE DEL PROVEEDOR DE CUIDADO FUERA DEL HOGAR	2. NOMBRE DE LA AGENCIA DE AUTORIZACIÓN/HOGAR COMUNITARIO/ALBERGUE <i>(Si corresponde)</i>		
3. FECHA DEL INCIDENTE (MM/DD/AA) / /	4. HORA DEL INCIDENTE	5. LUGAR DEL INCIDENTE (NÚM., CALLE, CIUDAD, ESTADO, CP)	
6. NOMBRE DEL MENOR O PERSONA INVOLUCRADA <i>(Apellido, Nombre, S.I.)</i>	7. ID DE PARTICIPANTE <i>(Se está bajo custodia del DCS)</i>	8. FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA) / /	9. COLOCADO BAJO EL CUIDADO DEL PROVEEDOR O CONTRATISTA <i>(Incluya la dirección)</i>
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	

10. DESCRIBA EL SUCESO O INCIDENTE:

(Incluya en detalle lo que sucedió antes, durante y después del incidente. Según corresponda, incluya detalles de la condición física y mental del menor antes, durante y después del incidente. Si ocurrió alguna lesión, describa la apariencia y posición de las lesiones.)

Sí, se adjuntan páginas adicionales.

11. DESCRIBA LOS PASOS QUE SE TOMAN PARA PREVENIR INCIDENTE AL MOMENTO DEL INCIDENTE Y EN EL FUTURO:

(Explique cualquier medida preventiva tomada antes del incidente. Por ejemplo, ¿se involucró a la RBHA, libertad provisional supervisada, al Especialista del DCS, o la DDD antes del incidente? ¿Qué medidas se tomaron después del incidente para prevenir que vuelva a ocurrir?)

Sí, se adjuntan páginas adicionales.

12. NOMBRE DEL TESTIGO (Apellido, Nombre, S.I.)	13. NÚMERO DE TELÉFONO DEL TESTIGO	14. RELACIÓN DEL TESTIGO CON EL MENOR(ES) QUE ES OBJETO DEL INFORME

15. SI EL INCIDENTE INVOLUCRÓ ALEGACIONES DE ABUSO O NEGLIGENCIA DE MENORES, ¿SE LE AVISÓ A LA LÍNEA TELEFÓNICA PARA DENUNCIAR EL ABUSO DE MENORES?

<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A	FECHA / /	HORA	NOMBRE DEL ESPECIALISTA EN ADMISIÓN DEL DCS
--------------------------------------------------------------------------------------	--------------	------	---------------------------------------------

AVISOS

Para preguntas, requisitos de información y envío de este Informe de Incidente consulte a lo siguiente:

- **Proveedor de cuidado fuera del hogar sin autorización:** Si tiene alguna pregunta y/o desea obtener los requisitos de información, comuníquese con el Especialista o Supervisor del DCS Envíe una copia de este Informe de Incidente al Especialista o Supervisor del DCS.
- **Hogares sustitutos autorizados:** Comuníquese con su Agencia de Colocación de Niños, Especialista o Supervisor del DCS o la Oficina de Autorización y Regulación (OLR por sus siglas en inglés) para preguntas y/o requisitos de información. Envíe una copia de este Informe de Incidente a su Agencia de Colocación de Niños, Especialista o Supervisor del DCS y OLR (envíe por correo electrónico a: DCSOLRIncidentReports@azdes.gov).
- **Albergues u Hogares Comunitarios:** Comuníquese con su Especialista o Supervisor del DCS, Oficina de Autorización y Regulación (OLR) y/o Contratos del DCS para cualquier pregunta y/o requisitos de información. Envíe una copia de este Informe de Incidente al Especialista o Supervisor del DCS; OLR (envíe por correo electrónico a: DCSOLRIncidentReports@azdes.gov); y Contratos del DCS (envíe por correo electrónico a: DCSContracts@azdes.gov).

16. ¿SE NOTIFICÓ A UNA AGENCIA DEL ORDEN PÚBLICO?

<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> NO	NOMBRE DE LA AGENCIA DEL ORDEN PÚBLICO	NOMBRE DEL AGENTE Y NÚMERO DE PLACA	NÚM. DE INFORME POLICIAL
--------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------

17. REGISTRO DE AVISO VERBAL

Según la descripción del incidente, verifique cuales contactos recibieron aviso verbal

CONTACTOS AVISADOS	NOMBRE DE LA PERSONA(S) CONTACTADA(S)	FECHA	HORA	NÚMERO DE TELÉFONO
<input type="checkbox"/> ESPECIALISTA O SUPERVISOR DEL DES		/ /		
<input type="checkbox"/> AGENCIA DE AUTORIZACIÓN LIBERTAD PROVISIONAL SUPERVISADA O LIBERTAD CONDICIONAL JUVENIL		/ /		
<input type="checkbox"/> OTRO		/ /		
<input type="checkbox"/> OTRO		/ /		

18. FIRMA/CARGO DE LA PERSONA QUE PREPARÓ ESTE INFORME

FIRMA	CARGO	FECHA / /
NOMBRE (<i>Apellido, Nombre, S.I.</i>)	NÚM. DE TELÉFONO	RELACIÓN CON EL MENOR BAJO CUSTODIA DEL DCS EN EL INFORME

19. FIRMA / CARGO DE LA PERSONA QUE REVISÓ ESTE INFORME (Si corresponde)

FIRMA	CARGO	FECHA / /
NOMBRE (<i>Apellido, Nombre, S.I.</i>)	NÚM. DE TELÉFONO	RELACIÓN CON EL MENOR(ES) QUE ES OBJETO DEL INFORME

20. COPIA POR ESCRITO DEL INFORME ENVIADA A (Incluya la fecha de envío):

<input type="checkbox"/> Especialista o Supervisor del DCS	<input type="checkbox"/> Contratos del DCS	<input type="checkbox"/> OLR/OLCR	<input type="checkbox"/> Agencia de autorización	<input type="checkbox"/> Libertad provisional supervisada juvenil	<input type="checkbox"/> Otro
FECHA: / /	FECHA: / /	FECHA: / /	FECHA: / /	FECHA: / /	FECHA: / /

INSTRUCCIONES GENERALES PARA LLENAR EL FORMULARIO

1. Introduzca el nombre del proveedor de cuidado fuera del hogar.
2. Si corresponde, introduzca el nombre de la agencia de autorización/hogar comunitario/albergue.
3. Introduzca el mes, día y año que ocurrió en incidente o lesión.
4. Introduzca la hora que ocurrió el incidente o lesión.
5. Introduzca la dirección del lugar donde ocurrió el incidente o lesión.
6. Introduzca el apellido, nombre e inicial del segundo nombre de cada menor involucrado en el incidente o lesión, sin importar si el menor este o no bajo custodia del DCS. Si el menor no esta bajo custodia del DCS, llene lo que más corresponda.
7. Si el menor no esta bajo custodia del DCS, introduzca el ID de Participante del menor.
8. Introduzca la fecha de nacimiento para cada menor involucrado en el incidente o lesión.
9. Introduzca el nombre del cuidador nombre 's encargado/a del cuidado o asignación e dirección.
10. Describa en detalle el suceso, incidente y/o lesión. De una declaración de los hechos previos al suceso y después del suceso. Indique el estado físico y mental del menor antes, durante y después del suceso.
11. Documente cualquier medida preventiva que usted haya tomado antes del suceso, incidente y/o lesión. Describa los pasos que se tomarán para prevenir que el suceso, incidente y/o lesión se produzcan en el futuro.
12. Introduzca el apellido, nombre e inicial del segundo nombre de cada testigo.
13. Introduzca el número de teléfono de cada testigo.
14. Indique la relación del testigo con el menor.
15. Indique si se le avisó a la línea telefónica para denunciar el abuso de menores. Los incidentes abuso y negligencia de menores tienen que denunciarse conforme a lo descrito en los Estatutos Revisados de Arizona § 13-3620.
16. Si corresponde, indique si se le avisó al orden público. Si es así, introduzca el nombre, número de y el número
17. Indique a quien se le ha avisado verbalmente del suceso, incidente y/o lesión. Introduzca el nombre de cada persona contactada, la fecha y hora del informe, y el número de teléfono de la persona contactada.
18. Introduzca el apellido, nombre e inicial del segundo nombre de la persona que preparó el informe. Incluya el número de teléfono, cargo y relación con el menor o menores involucrados en el suceso, incidente y/o lesión. Firme y feche el informe.
19. Debe revisarse toda la información y documentación pertinente. Introduzca el apellido, nombre e inicial del segundo nombre de la persona que revisó el informe. Incluya el número de teléfono, cargo y relación con el menor o menores involucrados en el suceso, incidente y/o lesión. Firme y feche el informe.
20. Indique a quien se le envió copias por escrito del informe. Si es necesario, indique las partes adicionalmente informadas bajo *Otro*.

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. El Departamento tiene que hacer las adaptaciones razonables para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Esto significa por ejemplo que, si es necesario, el Departamento tiene que proporcionar intérpretes de lenguaje de señas para personas sordas, un establecimiento con acceso para sillas de ruedas o material con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o en una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su discapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible de lo que usted necesita para acomodar su discapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas con los servicios del departamento está disponible a solicitud del cliente. • Available in English at your local office.