

Una guía para reporteros obligados: Reportar una sospecha de
abuso o abandono infantil.

La ley de protección del niño requiere que los reporteros obligados quienes tienen causa razonable de sospechar el abuso o abandono infantil hagan un reporte inmediato al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (MDHHS). La política del empleador NO sustituye la Ley de Michigan.

Por favor NO entrevisten al niño(s). Esto es el trabajo del equipo investigativo, no del reportero.

Maneras de Reportar:

Contacte la entrada centralizada de MDHHS: 855.444.3911
O

Reporte en línea usando el Sistema de Reportar En Línea de Michigan (MORS): michigan.gov/mandatedreporter

Reportar por teléfono:

- Esté preparado de proveer tanta información demográfica como sea posible.
- Es esencial proporcionar la dirección de la familia.
- Proporcione información detallada que incluye: declaraciones del niño o razones para la sospecha.
- Si hay sospecha de trata de personas, esté seguro de comunicar eso.
- Envíe un reporte escrito (DHS-3200) dentro de 72 horas de reportar

Reportar por MORS:

- Cree una cuenta en MiLogin
- Provea tanta información demográfica como sea posible.
- Proporcione la dirección de la familia.
- Proporcione información detallada que incluye: declaraciones del niño o razones para la sospecha.
- Si hay sospecha de trata de personas, esté seguro de comunicar eso.

Crear una cuenta de MORS

(Sistema de Reportar En Línea de Michigan)

Reportar en línea elimina el requisito de llenar un forma DHS-3200. Si usted reporta por la línea directa de teléfono, por favor envíe un fax o un correo electrónico con el forma DHS-3200 completado a la entrada centralizada dentro de 72 horas. NO USE MORS si ya ha llamado la línea directa.

1. Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 517-241-2112 (TTY: 711)
2. Vaya a www.michigan.gov/mandatedreporter. Desplácese hacia abajo a "Online Reporting Resources" y haga clic en "Michigan Online Reporting System"
3. Haga clic en la opción "Partnerships" en la página de MI Bridges
4. Haga clic en "Mandated Reporters"
5. Regístrese para crear su login de MORS

Una vez que haya creado su login de MORS, usted simplemente puede iniciar sesión y reportar. Cualquier reporte hecho por MORS actúa como un DSH-3200, entonces no hay requisito de enviar un reporte escrito de seguimiento.

En caso de emergencia, comuníquese con la agencia local de la ley.

Si tiene preguntas, o si tiene dudas de reportar, por favor llame línea no emergente del Children's Advocacy Center of Kent County: 616.336.3233.

Gracias.

INFORME DE ABUSO INFANTIL O NEGLIGENCIA REAL O SOSPECHADA

Michigan Department of Health and Human Services

¿Se presentó una queja en forma telefónica al MDHHS?

☐

Sí

☐

No



Si es así, ID de entrada # _____



Si no es así, comuníquese a su Oficina Local del MDHHS 855-444-3911 inmediatamente

INSTRUCCIONES: PERSONA QUE INFORMA: Complete los artículos del 1 al 19 (del 20 al 28 deberán ser completados por personal médico, si corresponde). Envíe el formulario al MDHHS local del Condado donde se encontró al niño. Consulte instrucciones adicionales en el reverso.

1. Fecha

2. Lista de niños que se sospecha que fueron abusados o descuidados (Agregue hojas si es necesario) **To insert additional rows, tab at the end of last row to create a new row.**

NOMBRE

FECHA DE NAC.

Nº SEGURO SOCIAL

SEXO

RAZA

"Click Here and Type"

3. Nombre de la madre

4. Nombre del padre

5. Domicilio del niño (Nº y Calle)

6. Ciudad

7. Condado

8. Nº Telefónico

9. Nombre del presunto perpetrador de abuso y negligencia

10. Relación con el niño(s)

11. Persona(s) con que el niño(s) vivía cuando el abuso/ descuido sucedió

12. Domicilio, Ciudad y Código postal donde sucedió el abuso/ descuido

13. Describa lesiones o condiciones y razón para sospechar del abuso o negligencia

14. Fuente de la Queja (Agregue el código de quien informa a continuación)

01 Médico Privado/ Asistente del Médico

02 Médico de Hospital/ Clínica/ Asistente del Médico

03 Médico Forense

04 Dentista/ Higienista Dental Registrado

05 Audiólogo

06 Enfermero (No Escolar)

07 Paramédico/ Técnico de Emergencias

08 Psicólogo

09 Terapeuta de Parejas/ Familiar

10 Consejero con Licencia

11 Enfermero Escolar

12 Maestro

13 Administrador Escolar

14 Consejero Escolar

21 Agencia a Cargo de la Aplicación de la Ley

22 Personal de Casos de Violencia Doméstica

23 Amigo de la Corte

25 Clero

31 Proveedor de Cuidado de Niños

41 Asistente Social de Hospital/ Clínica

42 Trabajador Social de MDHHS

43 Trabajador/a Social de DMH

44 Otro Trabajador/a Social Publico

45 Trabajador/a Social de Agencia Privada

46 Trabajador Social de la Corte

47 Otro Trabajador/a Social

48 Trabajador/Supervisor FIP/ES

49 Especialista/Gerente de Servicios Sociales

56 Personal de la Corte

15. Nombre de la persona que informa

Cód. de Infor. (ver arriba)

15a. Nombre de la organización que informa (escuela, hospital, etc.)

15b. Domicilio (Nº y Calle)

15c. Ciudad

15d. Est.

15e. Cód. Postal

15f. Nº Telefónico

16. Informe del nombre de la persona

Cód. de Infor. (ver arriba)

16a. Nombre de la organización que informa (escuela, hospital, etc.)

16b. Domicilio (Nº y Calle)

16c. Ciudad

16d. Est.

16e. Cód. Postal

16f. Nº Telefónico

17. Informe del nombre de la persona

Cód. de Infor. (ver arriba)

17a. Nombre de la organización que informa (escuela, hospital, etc.)

17b. Domicilio (Nº y Calle)

17c. Ciudad

17d. Est.

17e. Cód. Postal

17f. Nº Telefónico

18. Nombre de la persona que informa

Cód. de Infor. (ver arriba)

18a. Nombre de la organización que informa (escuela, hospital, etc.)

18b. Domicilio (Nº y Calle)

18c. Ciudad

18d. Est.

18e. Cód. Postal

18f. Nº Telefónico

19. Nombre de la persona que informa

Cód. de Infor. (ver arriba)

19a. Nombre de la organización que informa (escuela, hospital, etc.)

19b. Domicilio (Nº y Calle)

19c. Ciudad

19d. Est.

19e. Cód. Postal

19f. Nº Telefónico

PARA SER COMPLETADO POR PERSONAL MÉDICO CUANDO SE HAYA REALIZADO EL EXAMEN FÍSICO

20. Resumen del informe y conclusiones del examen físico (Documentación Médica Adjunta)		
21. Informe del laboratorio	22. Rayos X	
23. Otro (especifique)	24. Historia o signos físicos de abuso/ negligencia previa <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
25. Hospitalización o exámenes médicos previos de este niño		
FECHAS	LUGARES	
26. Firma del Médico	27. Fecha	28. Hospital (si corresponde)
El Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) no discrimina contra ningún individuo o grupo a causa de su raza, religión, edad, origen nacional, color de piel, estatura, peso, estado matrimonial, información genética, sexo, orientación sexual, identidad de sexo o expresión, creencias políticas o incapacidad.		AUTORIDAD: P.A. 238 de 1975. FINALIZACIÓN: Obligatoria. PENA: Ninguna.

INSTRUCCIONES**INFORMACIÓN GENERAL:**

Este formulario deberá ser completado realizando el seguimiento escrito al reporte oral (como requerido en la Sec. 3 (1) de 1975 PA 238, como enmendado) y enviarse a la admisión centralizada de abuso & descuido. Indique si este reporte fue reportado telefónicamente al MDHHS como un reporte sospechado de CA/N. Si es así, ID de entrada #. La persona que informa deberá llenar de la forma lo más completa posible los ítems 1 a 19. Solamente el personal médico deberá completar los ítems 22 a 30.

Enviar esta forma a:

Centralized Intake for Abuse & Neglect
5321 28th Street Court SE
Grand Rapids, MI 49546

O

Enviar por Fax esta forma a 616-977-8900 ó 616-977-8050 ó 616-977-1158 ó 616-977-1154

O

Enviar por correo electrónico a MDHHS-CPS-CIGroup@michigan.gov

1. Fecha – Ingrese la fecha en que se completó el formulario.
 2. Haga una lista de los niños sospechados de sufrir abuso o descuido – Ingrese información válida para el niño(s) que se cree que fue abusado o descuido. Indique si el niño presenta una incapacidad que pueda necesitar una ubicación.
 3. Nombre de la madre – Ingrese el nombre de la madre (o madre sustituta) y otra información importante. Indique si la madre presenta una incapacidad que pueda necesitar una ubicación.
 4. Nombre del padre – Ingrese el nombre del padre (o padre sustituto) y otra información disponible. Indique si el padre presenta una incapacidad que pueda necesitar una ubicación.
 - 5-7 Domicilio del niño(s) – Ingrese el domicilio del niño(s).
 8. Teléfono – Ingrese un número telefónico del hogar donde el niño(s) reside.
 9. Nombre del supuesto autor del abuso o descuido – Indique el nombre de la persona(s) sospechada o supuestamente responsable del supuesto abuso o descuido.
 10. Relación con el niño(s) – Indique la relación con el niño(s) del supuesto autor del descuido o abuso; es decir: padre, abuelo, niñera.
 11. Persona(s) con quien el niño(s) vivía cuando el abuso/ descuido sucedió – Ingrese el nombre(s). Indique si los individuos presentan una incapacidad que pueda necesitar una ubicación.
 12. Domicilio donde el abuso/ descuido sucedió.
 13. Describa lesiones o condiciones y razón para sospechar que hubo abuso o descuido – Indique la razón para presentar un informe y la información disponible sobre el abuso o descuido.
 14. Fuente de la queja – Marque la casilla adecuada indicando al grupo profesional o la categoría adecuada.
- Nota:** Si se sospecha que el abuso o descuido sucedió en un hospital, también marque donde dice hospital.
- 15 – 19. Informe del nombre de la persona – Ingrese su nombre si está informando este asunto.