



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

Para Llenarse por la Persona(s) Responsable Involucrada en o que Presenció el Incidente

Nombre del Proveedor de Cuidado Fuera del Hogar	Nombre de la Agencia de Autorización/Hogar Comunitario/Albergue (Si Corresponde)	Instalación de Hogar Grupal/Cabaña/Casita
Fecha del Incidente	Hora del Incidente	Lugar del Incidente (Núm., Calle)
	Ciudad	Estado
		Código Postal

Nombre Del Menor O Persona Involucrada (Apellido, Nombre, S.I.)	ID de Participante (if in DCS Custody)	Fecha de Nacimiento (mm/dd/yy)	Puesto en Cuidado	Dirección del Proveedor/Contratista

Describa el Acontecimiento o Incidente *Sí, se adjuntan páginas adicionales.*

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.

Describa los Pasos que se Toman para Prevenir Incidente al Momento del Incidente y en el Futuro: *Sí, se adjuntan páginas adicionales.*

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?



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

Testigos *Sí, se adjuntan páginas adicionales.*

Nombre Del Testigo (Last, First, M.I.)	Número de Teléfono del Testigo	Relación del Testigo con el Menor(es) que es Objeto del Informe

Child Abuse Hotline Notification

Si el Incidente Involucró Alegaciones de Abuso o Negligencia de Menores, ¿Se le Avisó a la Línea Telefónica Para Denunciar el Abuso de Menores? **Sí** **No** **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 olrincidentreportsfh@azdcs.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: olrincidentreportsawl@azdcs.gov); y Contratos del DCS (envíe por correo electrónico a: contracts@azdcs.gov).
- Refugios/Hogares grupales (no contratados por DCS): Comuníquese con la Oficina de Licencias y Regulación (OLR) si tiene alguna pregunta sobre los requisitos de presentación de informes. Envíe una copia de este informe de incidente a OLR (correo electrónico a : olrnoncontractedincidentreports@AZDCS.gov).

Cumplimiento de la Ley

¿Se Notificó a una Agencia del Orden Público? **Sí** **No** **N/A**

_____ | _____ | _____ | _____
Nombre de la Agencia del Orden Público *Nombre del Agente* *Número de Placa* *Núm. de Informe Policial*

REGISTRO DE AVISO VERBAL *Sí, se adjuntan páginas adicionales.*

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

Controlar	Contactos Avisados	Nombre De La Persona(s) Contactada(s)	Teléfono	Fecha	Hora
	Especialista o Supervisor Del DCS				
	Agencia de Autorización				
	Libertad Provisional Supervisada o Libertad Condicional Juvenil				
	Otro				
	Otro				
	Otro				



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

FIRMA/CARGO DE LA PERSONA QUE PREPARÓ ESTE INFORME

_____	_____	_____
<i>Firma</i>	<i>Cargo</i>	<i>Fecha</i>
_____	_____	_____
<i>Nombre (Apellido, Nombre, S.I.)</i>	<i>Teléfono</i>	<i>Relación con el Menor Bajo Custodia del DCS en el Informe</i>

Firma/Cargo de la Persona que Reviso Este Informe (Si corresponde)

_____	_____	_____
<i>Firma</i>	<i>Cargo</i>	<i>Fecha</i>
_____	_____	_____
<i>Nombre (Apellido, Nombre, S.I.)</i>	<i>Teléfono</i>	<i>Relación con el Menor(es) que es Objeto del Informe</i>

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

Especialista o Supervisor del DCS	Contratos del DCS	OLR/OLCR	Agencia de autorización	Libertad provisional supervisada juvenil	Otro
Fecha:	Date:	Date:	Date:	Date:	Date:



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

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 el 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 de 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/Empleador que ofrece Igualdad de Oportunidades. El Departamento de Seguridad Infantil (DCS, por sus siglas en inglés) prohíbe la discriminación en admisiones, programas, servicios, actividades o empleo por motivos de raza, color, religión, sexo, origen nacional, edad, discapacidad, genética, represalia o cualquier otro estatus protegido por las leyes federales, las leyes estatales o las regulaciones. Puede solicitar que se realicen los acomodos razonables para permitir que una persona con discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Para solicitar este documento en un formato alternativo o para obtener más información sobre esta política, comuníquese con su oficina local. Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. Puede solicitar ayuda con traducciones relacionadas con los servicios del DCS. Ayuda gratuita con traducciones relacionadas con los servicios del DCS esta disponible a solicitud del cliente.