



ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

Registro de Enfermedades, Lesiones e Indicadores de Abuso



Mantener en el Establecimiento

- Usted puede utilizar este formulario o puede crear su propio formulario usando esta información como guía.
- Se requiere un chequeo de salud anotado diario, indicando todas las observaciones para cada niño(a).
- Síntomas de enfermedades incluyen, pero no se limitan a: respiración asmática o silbido, tos, nariz que chorrea, cambio de apetito, lloriqueo, tirarse de las orejas, mojado de ropa interior, etc.
- Sospechas de abuso infantil y/or negligencia pueden incluir, pero no se limitan a: moretones sin explicación, quemaduras, hinchazón, escosor, sangrado, cortes en las áreas genitales o anales, etc.

Como proveedor(a) de cuidado infantil, usted está obligado a reportar serios incidentes y lesiones a la Oficina Regional de OCFS (p. ej., al licenciador(a), registrador(a) y/o a los supervisores)

Informantes bajo mandato deben reportar sospechas de abuso infantil a la línea de abuso infantil.

PROVEEDOR(A)/NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:		NOMBRE DEL NIÑO(A):	
NÚMERO DEL ESTABLECIMIENTO:	TEL. DEL ESTABLECIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO(A): / /	

OBSERVACIÓN/EVALUACION

FECHA	HORA	SINTOMAS DE ENFERMEDAD/ DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN	○ SOSPECHA DE ABUSO NEGLIGENCIA	ACCIÓN TOMADA	NIÑO(A) DADO DE ALTA	NOMBRE E INICIALES DE LA PERSONA QUE REPORTA LA ENFERMEDAD, LA LESIÓN Y EL ABUSO
/ /	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	IMPRIMA SU NOMBRE FIRME SUS INICIALES
/ /	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	IMPRIMA SU NOMBRE FIRME SUS INICIALES
/ /	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	IMPRIMA SU NOMBRE FIRME SUS INICIALES
/ /	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	IMPRIMA SU NOMBRE FIRME SUS INICIALES
/ /	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	IMPRIMA SU NOMBRE FIRME SUS INICIALES
/ /	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	IMPRIMA SU NOMBRE: FIRME SUS INICIALES