

REPORTE CONFIDENCIAL - NO ESTÁ SUJETO A QUE SE DIVULGUE AL PÚBLICO

REPORTE DE SOSPECHA DE ABUSO DE ADULTOS DEPENDIENTES/PERSONAS DE EDAD AVANZADA

FECHA QUE SE COMPLETÓ _____

PARA QUE LO LLENE LA PERSONA QUE HACE EL REPORTE. POR FAVOR USE LETRA DE MOLDE O ESCRIBA A MÁQUINA. VEA LAS INSTRUCCIONES GENERALES.

A. VÍCTIMA *Check box if victim consents to disclosure of information (Ombudsman use only - WIC 15636(a))*

NOMBRE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE)			EDAD	FECHA DE NACIMIENTO
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ETNIA	IDIOMA (✓ MARQUE UNO) <input type="checkbox"/> NO-VERBAL <input type="checkbox"/> INGLÉS <input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFIQUE)	
DIRECCIÓN (SI ES UN ESTABLECIMIENTO, INCLUYA EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO Y NOTIFIQUE AL OMBUDSMAN)		CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO ()
UBICACIÓN ACTUAL (SI ES DIFERENTE A LA DIRECCIÓN MENCIONADA ARRIBA)		CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO ()
<input type="checkbox"/> PERSONA DE EDAD AVANZADA (65+)	<input type="checkbox"/> TIENE DISCAPACIDAD DE DESARROLLO	<input type="checkbox"/> TIENE ENFERMEDAD/DISCAPACIDAD MENTAL	<input type="checkbox"/> VIVE SOLO	
<input type="checkbox"/> DISCAPACITADO FÍSICAMENTE	<input type="checkbox"/> NO SE SABE/OTRO		<input type="checkbox"/> VIVE CON OTROS	

B. PERSONA QUE SE SOSPECHA COMETIÓ EL ABUSO ✓ Marque si es *autonegligencia*

NOMBRE DE LA PERSONA QUE SE SOSPECHA COMETIÓ EL ABUSO							
DIRECCIÓN			CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO ()		
<input type="checkbox"/> PERSONA RESPONSABLE DEL CUIDADO (tipo) _____		<input type="checkbox"/> PADRE/MADRE		<input type="checkbox"/> HIJO/HIJA		<input type="checkbox"/> OTRA _____	
<input type="checkbox"/> PROFESIONAL DE LA SALUD (tipo) _____		<input type="checkbox"/> ESPOSA(O)		<input type="checkbox"/> OTRA RELACIÓN/PARENTESCO _____			
SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ETNIA	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	ESTATURA	PESO	OJOS	CABELLO

C. PERSONA QUE HACE EL REPORTE Marque la casilla apropiada si esta persona renuncia a su derecho a confidencialidad a: Todos Todos menos la víctima Todos menos el perpetrador

NOMBRE	FIRMA	OCUPACIÓN	OFICINA/AGENCIA/NOMBRE DEL NEGOCIO	
RELACIÓN O PARENTESCO CON LA VÍCTIMA / ¿CÓMO SABE DEL ABUSO?	CALLE	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO ()
E-MAIL				

D. INFORMACIÓN SOBRE EL INCIDENTE - Dirección dónde ocurrió el incidente

FECHA/HORA DEL INCIDENTE(S)	LUGAR DEL INCIDENTE (✓ MARQUE UNO) <input type="checkbox"/> EN SU PROPIA CASA <input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO PARA EL CUIDADO EN LA COMUNIDAD <input type="checkbox"/> HOSPITAL/HOSPITAL QUE SE ESPECIALIZA EN CUIDADO PARA ENFERMEDADES GRAVES DE CORTA DURACIÓN <input type="checkbox"/> EN CASA DE OTRA PERSONA <input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO DE CUIDADO MÉDICO CONTINUO NO INTENSO/CUIDADO POSTHOSPITAL (SWING BED) <input type="checkbox"/> OTRO (Especifique) _____
-----------------------------	---

E. TIPOS DE ABUSO QUE SE REPORTAN (✓ MARQUE TODOS LOS QUE SEAN PERTINENTES.)

1. ABUSO COMETIDO POR OTRAS PERSONAS (Secciones 15610.07 & 15610.63 del WIC#)

a. <input type="checkbox"/> FÍSICO (por ejemplo, asalto/agresión, represión o privación, limitación química, demasiado o no suficiente medicina)	b. <input type="checkbox"/> SEXUAL	c. <input type="checkbox"/> FINANCIERO
d. <input type="checkbox"/> NEGLIGENCIA (incluyendo limitación de cosas y servicios por parte de la persona que proporciona el cuidado)	e. <input type="checkbox"/> ABANDONO	f. <input type="checkbox"/> AISLAMIENTO
	g. <input type="checkbox"/> SECUESTRO/RAPTO	h. <input type="checkbox"/> PSICOLÓGICO/MENTAL
	i. <input type="checkbox"/> OTRO _____	

2. AUTONEGLIGENCIA (Secciones 15610.57(b)(5) del WIC)

a. <input type="checkbox"/> CUIDADO FÍSICO (por ejemplo, higiene personal, comida, ropa, vivienda)	d. <input type="checkbox"/> MALNUTRICIÓN/DESHIDRATACIÓN
b. <input type="checkbox"/> CUIDADO MÉDICO (por ejemplo, necesidades de salud física y mental)	e. <input type="checkbox"/> AUTONEGLIGENCIA FINANCIERA (por ejemplo, inhabilidad para manejar sus propias finanzas)
c. <input type="checkbox"/> PELIGROS DE SALUD Y SEGURIDAD (por ejemplo, riesgo de suicidio, ambiente inseguro)	f. <input type="checkbox"/> OTRA _____

EL ABUSO RESULTÓ EN (✓ MARQUE TODAS LAS CASILLAS QUE SEAN PERTINENTES)

<input type="checkbox"/> NINGUNA LESIÓN FÍSICA	<input type="checkbox"/> CUIDADO MÉDICO LEVE	<input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN	<input type="checkbox"/> REQUIERE A UN PROVEEDOR DE CUIDADO
<input type="checkbox"/> MUERTE	<input type="checkbox"/> SUFRIMIENTO MENTAL	<input type="checkbox"/> GRAVE LESIÓN FÍSICA*	<input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFIQUE) _____
<input type="checkbox"/> NO SE SABE			

F. OBSERVACIONES DE LA PERSONA QUE HACE EL REPORTE, CREENCIAS Y DECLARACIONES DE LA VÍCTIMA, SI ESTÁ DISPONIBLE. ¿TODAVÍA TIENE ACCESO A LA VÍCTIMA LA PERSONA QUE SE ALEGA ES EL PERPETRADOR? ¿INCLUYE LA ACUSACIÓN UNA GRAVE LESIÓN FÍSICA (Vea la definición en la Sección “Responsabilidades de reportar y los períodos de tiempo” en las “Instrucciones generales”)? PROPORCIONE CUALQUIER PERÍODO DE TIEMPO QUE CONOZCA (2 días, 1 semana, continuo, etc.). ANOTE CUALQUIER POSIBLE PELIGRO PARA EL INVESTIGADOR (animales, armas, enfermedades contagiosas, etc.).

MARQUE SI SE ADJUNTA INFORMACIÓN MÉDICA, FINANCIERA (INFORMACIÓN DE CUENTAS, ETC.), FOTOGRAFÍAS, U OTRA INFORMACIÓN SUPLEMENTAL.

G. OTRA PERSONA QUE SE CREE QUE TIENE CONOCIMIENTO DEL ABUSO
(parientes, personas queridas, vecinos, proveedores médicos y oficinas/agencias involucradas, etc.)

NOMBRE	RELACIÓN/PARENTESCO
DIRECCIÓN	TELÉFONO ()

H. MIEMBRO DE LA FAMILIA U OTRA PERSONA ENCARGADA DEL CUIDADO DE LA VÍCTIMA (Si no se sabe, anote la persona de contacto.)

NOMBRE	SI SÓLO ES LA PERSONA DE CONTACTO, MARQUE <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		RELACIÓN/PARENTESCO
DIRECCIÓN	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO ()

I. REPORTE POR TELÉFONO HECHO A APS (Servicios para la Protección de Adultos) Orden público Ombudsman local
 Departamento de Hospitales Estatales de California Departamento de Servicios de Desarrollo de California

NOMBRE DEL OFICIAL CON QUIEN SE COMUNICÓ POR TELÉFONO	TELÉFONO ()	FECHA/HORA
---	----------------------	------------

J. REPORTE ESCRITO Anote la información acerca de las oficinas/agencias recibiendo este reporte. Si el abuso ocurrió en un establecimiento de cuidado a largo plazo (LTC) y resultó en una grave lesión física, por favor vea la definición en la Sección “Responsabilidades de reportar y los períodos de tiempo” en las “Instrucciones generales”. No presente este reporte a la División de Programas para Adultos del Departamento de Servicios Sociales de California.

NOMBRE DE LA OFICINA/AGENCIA	DIRECCIÓN O NÚMERO DE FAX	<input type="checkbox"/> Fecha que se envió por correo	<input type="checkbox"/> Fecha que se envió por fax
NOMBRE DE LA OFICINA/AGENCIA	DIRECCIÓN O NÚMERO DE FAX	<input type="checkbox"/> Fecha que se envió por correo	<input type="checkbox"/> Fecha que se envió por fax
NOMBRE DE LA OFICINA/AGENCIA	DIRECCIÓN O NÚMERO DE FAX	<input type="checkbox"/> Fecha que se envió por correo	<input type="checkbox"/> Fecha que se envió por fax

(SÓLO PARA USO DE LA OFICINA/AGENCIA QUE RECIBE EL REPORTE)

K. RECEIVING AGENCY USE ONLY Telephone Report Written Report

1. Report Received by	Date/Time
-----------------------	-----------

2. Assigned Immediate Response Ten-Day Response No Initial Response (NIR)
 Not APS Not Ombudsman No Ten-Day (NTD)

Approved by _____ Assigned to (optional) _____

3. Cross-Reported to CDPH-Licensing & Cert.; CDSS-CCL; Local Ombudsman; Bureau of Medi-Cal Fraud & Elder Abuse;
 Calif. Dept. of State Hospitals; Law Enforcement; Professional Licensing Board;
 Calif. Dept. of Developmental Services; APS;
 Other (Specify) _____ Date of Cross-Report _____

4. APS/Ombudsman/Law Enforcement Case File Number _____

REPORTE DE SOSPECHA DE ABUSO DE ADULTOS DEPENDIENTES/PERSONAS DE EDAD AVANZADA INSTRUCCIONES GENERALES

PROPÓSITO DEL FORMULARIO

Este formulario, como ha sido adoptado por el Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS), se requiere de acuerdo a lo estipulado en las Secciones 15630 y 15658(a)(1) del Código de Bienestar Público e Instituciones (WIC). Este formulario documenta la información proporcionada por una persona haciendo un reporte de la sospecha de un incidente de abuso o negligencia de una persona de edad avanzada o de un adulto dependiente. “**Abuso**” significa cualquier trato que resulta en daño físico, dolor, o sufrimiento mental o la privación, por parte de una persona encargada del cuidado, de cosas o servicios que son necesarios para evitar daño físico o sufrimiento mental. “**Negligencia**” significa la falta negligente de una persona de edad avanzada o adulto dependiente o de alguna persona que tiene bajo el cuidado o la custodia de una persona de edad avanzada o un adulto dependiente para ejercer el nivel de autocuidado o cuidado que una persona razonable ejercería en una situación parecida. “**Persona de edad avanzada**” significa cualquier persona que es residente de este Estado quien tiene 65 años de edad o más (Sección 15610.27 del WIC). “**Adulto dependiente**” significa cualquier persona que es residente de este Estado, quien tiene entre 18 y 64 años de edad, y tiene limitaciones físicas o mentales que restringen su habilidad para llevar a cabo actividades normales o proteger sus derechos, incluyendo, pero no limitándose a, personas que tienen incapacidades/discapacidades físicas o relacionadas al desarrollo o cuyas habilidades físicas o mentales se han disminuido debido a su edad (Sección 15610.23 del WIC). Los adultos dependientes incluyen a cualquier persona entre los 18 y 64 años de edad que ha sido admitida a un establecimiento de salud de 24 horas, (como se define en las Secciones 1250, 1250.2, y 1250.3 del Código de Salud y Seguridad [*Health and Safety Code*]).

PARA LLENAR EL FORMULARIO

1. Este formulario se puede usar por la oficina/agencia que recibe el reporte para documentar información recibida en un reporte por teléfono de la sospecha del abuso de un adulto dependiente/una persona de edad avanzada.
2. Si alguna información no se sabe, escriba “no se sabe”.
3. Parte A: Marque la casilla si la víctima renuncia a su derecho a la confidencialidad.
4. Parte C: Marque la casilla si la persona que hace el reporte renuncia a su derecho a la confidencialidad. Por favor tenga en cuenta que se requiere que las personas bajo mandato de reportar den su nombre. Sin embargo, las personas que no están bajo mandato de reportar, pueden reportar en forma anónima.

RESPONSABILIDADES DE REPORTAR Y PERÍODOS DE TIEMPO

Las personas bajo mandato de reportar (*mandated reporters*) que en su capacidad profesional, o en el ámbito de su empleo, han observado o tienen conocimiento de un incidente que razonablemente parece ser abuso o negligencia, o que una persona de edad avanzada o un adulto dependiente le ha dicho que él/ella ha experimentado comportamiento que constituye abuso o negligencia, o razonablemente sospecha que el abuso o negligencia ha ocurrido, deben completar este formulario para cada reporte de abuso que sabe o sospecha (abuso físico, abuso sexual, abuso financiero, secuestro/rapto, negligencia [autonegligencia], aislamiento, y abandono) que involucra una persona de edad avanzada o un adulto dependiente.

* “**Grave lesión física**” significa una lesión que involucra dolor físico extremo, considerable peligro de muerte, o prolongada pérdida o impedimento de la función de un miembro del cuerpo, órgano o una facultad mental, o que requiere intervención médica, incluyendo, pero no limitándose, a hospitalización, cirugía, o rehabilitación física (Sección 15610.67 del WIC).

Los reportes se deben hacer de la siguiente manera:

- Si el abuso ocurrió en un establecimiento de cuidado a largo plazo (LTC) (como está definido en la Sección 15610.47 del WIC) y resultó en una grave lesión física, repórtelo inmediatamente por teléfono a la oficina local del orden público o a más tardar dos (2) horas después de observar, enterarse, o sospechar el abuso físico. Envíe el reporte escrito a la oficina local del orden público, al Programa del Ombudsman para el Cuidado a Largo Plazo (LTCOP) local, y a la oficina apropiada de licenciamiento (para los establecimientos de cuidado médico a largo plazo, el Departamento de Salud Pública de California [*California Department of Public Health*]; para establecimientos para el cuidado en la comunidad, el Departamento de Servicios Sociales de California [*California Department of Social Services*]), antes de que pasen dos (2) horas después de observar, enterarse, o sospechar el abuso físico.
- Si el abuso ocurrió en un establecimiento de LTC, y fue abuso físico pero no resultó en una grave lesión física, repórtelo por teléfono a la oficina local del orden público antes de que pasen 24 horas después de observar, enterarse, o sospechar el abuso físico. Envíe el reporte escrito a la oficina local del orden público, al LTCOP local, y a la oficina apropiada de licenciamiento (para los establecimientos de cuidado médico a largo plazo, el Departamento de Salud Pública de California [*California Department of Public Health*]; para establecimientos para el cuidado en la comunidad, el Departamento de Servicios Sociales de California [*California Department of Social Services*]), antes de que pasen 24 horas después de observar, enterarse, o sospechar el abuso físico.
- Si el abuso ocurrió en un establecimiento de LTC, y fue abuso físico pero no resultó en una grave lesión física y fue cometido por un residente diagnosticado de demencia por un doctor, repórtelo por teléfono a la oficina local del orden público o al LTCOP local, inmediatamente o cuando sea prácticamente posible. Seguido por un reporte escrito al LTCOP o a la oficina local del orden público antes de que pasen 24 horas después de observar, enterarse, o sospechar el abuso físico.
- Si el abuso ocurrió en un establecimiento de LTC, pero no fue abuso físico, repórtelo por teléfono al LTCOP local o a la oficina local del orden público, inmediatamente o cuando sea prácticamente posible. Seguido por un reporte escrito a la oficina local del orden público o al LTCOP, antes de que pasen dos días hábiles.

- Si el abuso ocurrió en un hospital estatal para la salud mental o en un centro estatal para el desarrollo, las personas bajo mandato de reportar deben hacer el reporte por teléfono o en el internet, por medio de una herramienta para reportar confidencialmente (como está estipulado en la Sección 15658 del WIC), inmediatamente o cuando sea prácticamente posible y presentar el reporte antes de que pasen dos (2) días hábiles de la fecha en que se hizo el reporte por teléfono a la oficina/agencia responsable como se indica a continuación:
 - Si el abuso ocurrió en un Hospital Estatal para la Salud Mental, haga el reporte a la oficina local del orden público o al Departamento de Hospitales Estatales de California (*California Department of State Hospitals*).
 - Si el abuso ocurrió en un Centro Estatal para el Desarrollo, haga el reporte a la oficina local del orden público o al Departamento de Servicios para el Desarrollo en California (*California Department of Developmental Services*).
- Para todos los otros tipos de abuso, las personas bajo mandato de reportar deben hacer el reporte por teléfono o en el internet, por medio de una herramienta para reportar confidencialmente, a la oficina de servicios para la protección de adultos o a la oficina local del orden público, inmediatamente o cuando sea prácticamente posible. Si se hizo el reporte por teléfono, un reporte escrito o por internet se debe enviar a los servicios para la protección de adultos o a la oficina del orden público, antes de que pasen dos días hábiles.

DEFINICIONES DE LAS PERSONAS QUE HACEN EL REPORTE

“Persona bajo mandato de reportar” (*mandated reporter*) (Sección 15630 (a) de WIC) Cualquier persona quien ha asumido la responsabilidad completa o intermitente para el cuidado o custodia de una persona de edad avanzada o un adulto dependiente, ya sea que la persona reciba o no reciba compensación, incluyendo a administradores, supervisores, y cualquier miembro con licencia del personal de un establecimiento público o privado que proporciona cuidado o servicios a personas de edad avanzada o adultos dependientes, cualquier persona que es responsable del cuidado de una persona de edad avanzada o adulto dependiente, un profesional de la salud, un miembro del clero, un empleado de una oficina del condado de servicios para la protección de adultos, o un empleado de una oficina encargada del orden público, es una persona bajo mandato de reportar.

“Persona que es responsable del cuidado de otra persona” (*care custodian*) (Sección 15610.17 del WIC) Significa un administrador o un empleado de alguno de los siguientes establecimientos u oficinas/agencias públicas o privadas, o una persona que proporciona cuidado o servicios a personas de edad avanzada o adultos dependientes, incluyendo a los miembros del personal de apoyo y del personal de mantenimiento: (a) Establecimientos de salud de veinticuatro horas, como se definen en las Secciones 1250, 1250.2, y 1250.3 del Código de Salud y Seguridad; (b) Clínicas; (c) Agencias que envían al hogar proveedores de cuidado de la salud; (d) Oficinas que proporcionan con fondos públicos servicios de apoyo en el hogar, servicios de nutrición, u otros servicios de apoyo en el hogar o basados en la comunidad; (e) Centros de cuidado de la salud para adultos durante el día y cuidado para adultos durante el día; (f) Escuelas secundarias que sirven a adultos dependientes entre los 18 y 22 años de edad e instituciones de educación postsecundaria que prestan servicios a adultos dependientes o a personas de edad avanzada; (g) Centros de vida independiente; (h) Campamentos; (i) Centros de recursos para el cuidado durante el día de personas con la enfermedad de Alzheimer; (j) Establecimientos para el cuidado en la comunidad, como se definen en la Sección 1502 del Código de Salud y Seguridad, y establecimientos residenciales para el cuidado de personas de edad avanzada, como se definen en la Sección 1569.2 del Código de Salud y Seguridad; (k) Establecimientos para descanso temporal (*respite care facilities*); (l) Hogares de crianza temporal; (m) Establecimientos para la rehabilitación vocacional y centros de actividades de empleo; (n) Oficinas regionales designadas para las personas de edad avanzada; (o) Centros regionales para personas con discapacidades de desarrollo; (p) Divisiones de Licenciamiento del Departamento de Servicios Sociales de California y del Departamento de Servicios de Salud de California; (q) Departamentos de bienestar público del condado; (r) Oficinas de los defensores de los derechos de los pacientes y los defensores de los derechos de los clientes, incluyendo a abogados; (s) La Oficina Estatal del Ombudsman del Cuidado a Largo Plazo (*Office of the State Long-Term Care Ombudsman*); (t) Oficinas de los curadores legales públicos, tutores públicos, e investigadores jurídicos; (u) Cualquier oficina o entidad de protección o abogacía que está designada por el Gobernador para que se cumplan los requisitos y compromisos de los siguientes: (1) El decreto federal llamado Decreto de 2000 sobre la Asistencia y Declaración de Derechos en Relación a las Discapacidades de Desarrollo, (*Developmental Disabilities Assistance and Bill of Rights Act of 2000*) que se incluye en el Capítulo 144 (empezando con la Sección 15001) del Título 42 del Código de los Estados Unidos (*42 U.S. Code*), para la protección y abogacía de los derechos de las personas con discapacidades de desarrollo; (2) El Decreto de 1986 sobre la Protección y Abogacía de los Enfermos Mentales (*Protection and Advocacy for the Mentally Ill Individuals Act of 1986*) como ha sido enmendado, que se incluye en el Capítulo 114 (empezando con la Sección 10801) del Título 42 del Código de los Estados Unidos, para la protección y abogacía de los derechos de los enfermos mentales; (v) Sociedades humanitarias y agencias para el control de animales; (w) Cuerpos de bomberos; (x) Oficinas para la salud ambiental y el cumplimiento del código sobre las construcciones; o, (y) Cualquier otra oficina/agencia pública o privada de protección, sectoria, para la salud mental, o asistencia privada o agencia de abogacía o persona que proporciona servicios de salud o servicios sociales a personas de edad avanzada o adultos dependientes.

“Profesional de la salud” (*health practitioner*) (Sección 15610.37 del WIC) significa un doctor y cirujano, psiquiatra, psicólogo, dentista, médico residente, médico practicante, podiatra, quiropráctico, enfermera(o) con licencia, higienista dental, trabajador social clínico con licencia o trabajador social clínico asociado, consejero para matrimonios, familias, y niños, cualquier otra persona que actualmente tiene una licencia bajo la División 2 (empezando con la Sección 500) del Código de Negocios y Profesiones (*Business and Professions Code*), cualquier técnico médico de emergencias I ó II, paramédico, persona certificada bajo la División 2.5 (empezando con la Sección 1797) del Código de Salud y Seguridad, un asistente de psicólogo registrado de acuerdo a la Sección 2913 del Código de Negocios y Profesiones, una persona que se está entrenando para ser un consejero de matrimonios, familias, y niños, como se define en la subdivisión (c) de la Sección 4980.03 del Código de Negocios y Profesiones, un consejero practicante sin licencia para matrimonios, familias y niños registrado bajo la Sección 4980.44 del Código de Negocios y Profesiones, un empleado de salud pública o de servicios sociales del Estado o del condado quien trata a personas de edad avanzada o adultos dependientes por alguna condición, o un médico forense.

Cualquier oficial y/o empleado de una institución financiera es una persona bajo mandato de reportar un presunto abuso financiero y debe reportar la sospecha de abuso financiero de una persona de edad avanzada o de un adulto dependiente en el formulario SOC 342, *“Report of Suspected Dependent Adult/Elder Financial Abuse”* (reporte de sospecha de abuso financiero de un adulto dependiente o persona de edad avanzada).

MÁS DE UNA PERSONA BAJO MANDATO DE REPORTAR

Cuando dos o más personas bajo mandato de reportar conjuntamente tienen el conocimiento o sospecha de abuso de una persona de edad avanzada o de un adulto dependiente y cuando haya un acuerdo entre ellos, un miembro del grupo podrá hacer el reporte por teléfono y el mismo podrá preparar un solo reporte por escrito. Cualquier miembro del grupo que crea que el reporte no ha sido entregado, deberá presentar el reporte.

IDENTIDAD DE LA PERSONA QUE HACE EL REPORTE

La identidad de todas las personas que reporten de acuerdo a lo estipulado en el Capítulo 11 del WIC se mantendrá en una manera confidencial y solamente se podrá compartir con las oficinas de APS, las oficinas locales encargadas del orden público, los LTCOP, Sección de Investigaciones de Fraude Relacionado con Medi-Cal y del Abuso de Personas de Edad Avanzada en la Oficina del Procurador General (*California State Attorney General Bureau of Medi-Cal Fraud and Elder Abuse*), oficinas de licenciamiento o sus abogados, investigadores del Departamento de Asuntos Relacionados al Consumidor (*Department of Consumer Affairs*), que investigan el abuso de personas de edad avanzada y de adultos dependientes), el fiscal del distrito del condado, el tribunal testamentario, o el tutor público. La identidad también se podrá compartir cuando la persona que hace el reporte renuncie a su derecho de confidencialidad o cuando haya una orden de la corte.

EL NO REPORTAR

El no reportar por parte de las personas bajo mandato de reportar (como está definido bajo “Definiciones de las personas que hacen el reporte”), cualquier sospecha de incidentes de abuso físico (incluyendo abuso sexual), abandono, aislamiento, abuso financiero, secuestro, o negligencia (incluyendo la autonegligencia) de una persona de edad avanzada o un adulto dependiente, es un delito menor (*misdemeanor*), castigado por no más de seis meses en la cárcel del condado, una multa de no más de \$1,000, o ambas cosas: encarcelamiento y multa. Cualquier persona bajo mandato de reportar que a propósito no reporta el abuso de una persona de edad avanzada o un adulto dependiente y el abuso resulta en la muerte o en una grave lesión física, puede ser castigada con hasta un año en la cárcel del condado, una multa de hasta \$5,000, o ambas cosas: encarcelamiento y multa (Sección 15630(h) del WIC).

Los oficiales o empleados de instituciones financieras son personas bajo mandato de reportar abuso financiero (a partir del 1° de enero de 2007). Estas personas bajo mandato de reportar que no reportan el abuso financiero de una persona de edad avanzada o un adulto dependiente están sujetas a una multa civil de no más de \$1,000. Las personas que a propósito no reportan el abuso financiero de una persona de edad avanzada o un adulto dependiente están sujetas a una multa civil de no más de \$5,000. Estas multas civiles serán pagadas por la institución financiera, la cual es el empleador de la persona bajo mandato de reportar, a la persona o personas que han puesto la demanda.

EXCEPCIONES PARA NO REPORTAR

Según la Sección 15630(b)(3)(A) del WIC, una persona bajo mandato de reportar que es un doctor y cirujano, una enfermera titulada (*registered nurse*), o un psicoterapeuta, como se define en la Sección 1010 del Código de Evidencias (*Evidence Code*), no se le requiere que reporte sospechas de abuso cuando existan todas las siguientes condiciones:

- (1) A la persona bajo mandato de reportar, una persona de edad avanzada o un adulto dependiente le ha dicho que él o ella ha sufrido lo que se considera abuso físico (incluyendo abuso sexual), abandono, aislamiento, abuso financiero, secuestro o negligencia (incluyendo autonegligencia).
- (2) La persona bajo mandato de reportar no tiene conocimiento de ninguna evidencia independiente que corrobore la declaración de que el abuso ocurrió.
- (3) La persona de edad avanzada o el adulto dependiente ha sido diagnosticado de enfermedad mental o demencia, o está bajo protección ordenada por la corte por razones de enfermedad mental o demencia.
- (4) En su juicio clínico, el doctor y cirujano, la enfermera titulada, o el psicoterapeuta, como se define en la Sección 1010 del Código de Evidencias, razonablemente cree que el abuso no ocurrió.

DISTRIBUCIÓN DE COPIAS DEL FORMULARIO SOC 341

Persona bajo mandato de reportar: Después de hacer el reporte por teléfono a la oficina (u oficinas) apropiada, la persona que hace el reporte debe enviar el reporte escrito y una copia a la oficina (u oficinas) designada (como está definido en “Responsabilidades de reportar y períodos de tiempo”); y mantener una copia en el expediente de la persona que hace el reporte.

Oficina que recibe el reporte: Ponga el original en el expediente del caso. Envíe una copia a otras oficinas que reciben esta clase de reportes, si es pertinente.

NO ENVÍE UNA COPIA A LA OFICINA DE PROGRAMAS PARA ADULTOS DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE CALIFORNIA.