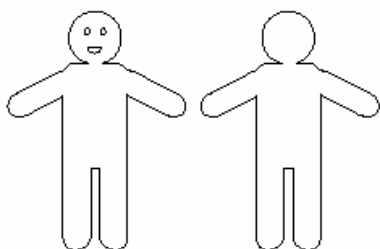


HOJA DE NOTIFICACION DE RIESGO Y MALTRATO INFANTIL EN EL ÁMBITO SANITARIO



Señale la localización de los síntomas

L = Leve M = Moderado G = Grave
Para una explicación detallada de los indicadores, véase el Anexo

| | |
|--------------------|--------------------------|
| Riesgo | <input type="checkbox"/> |
| Gravedad / Urgente | <input type="checkbox"/> |

MALTRATO FÍSICO

| | L | M | G |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Magulladuras o moratones ¹ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Quemaduras ² | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fracturas óseas ³ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Heridas ⁴ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lesiones viscerales ⁵ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mordeduras humanas ⁶ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Intoxicación forzada ⁷ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Síndrome del niño zarandeado ⁸ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

MALTRATO EMOCIONAL

| | L | M | G |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Maltrato emocional ¹³ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Retraso físico, emocional y/o intelectual ¹⁴ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Intento de suicidio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cuidados excesivos / Sobreprotección ¹⁵ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

NEGLIGENCIA

| | L | M | G |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Escasa higiene ⁹ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falta de supervisión ¹⁰ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cansancio o apatía permanente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Problemas físicos o necesidades médicas ¹¹ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Es explotado, se le hace trabajar en exceso ¹² | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| No va a la escuela | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ha sido abandonado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ABUSO SEXUAL

| | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sin contacto físico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Con contacto físico y sin penetración ¹⁶ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Con contacto físico y con penetración | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dificultad para andar o sentarse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dolor o picor en la zona genital | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cerviz o vulva hinchados o rojos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Explotación sexual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Semen en la boca, genitales o ropa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad venérea ¹⁷ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Apertura anal patológica ¹⁸ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Configuración del hímen ¹⁹ | <input type="text"/> | | |

OTROS SÍNTOMAS Y COMENTARIOS

IDENTIFICACIÓN DEL CASO

IDENTIFICACIÓN DEL MENOR

Caso fatal (fallecimiento del niño)

Apellidos Nombre
Sexo Hombre Mujer Nacionalidad Fecha de nacimiento
Dirección Fecha de notificación
Localidad Código Postal Teléfono

ACOMPAÑANTE

Padre Madre Tutor Policía Vecino Otros (especificar)

IDENTIFICACIÓN DEL NOTIFICADOR

Centro Servicio
Nombre y Apellidos Área sanitaria

PROFESIONAL

Médico/a Enfermero/a Trabajador/a Social Matrona Psicólogo/a

Nº de Colegiado