

REPORTE CONFIDENCIAL -
NO ESTÁ SUJETO A QUE SE DIVULGUE AL PÚBLICO
REPORTE DE SOSPECHA DE ABUSO DE ADULTOS DEPENDIENTES/PERSONAS DE EDAD AVANZADA

FECHA EN QUE SE COMPLETÓ
EL REPORTE:

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 - W&IC 15636(a)]

*NOMBRE (APELLIDO, 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 HABLA <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 ()		
*LOCALIDAD 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"/> DISCAPACITADO FÍSICAMENTE	<input type="checkbox"/> NO SE SABE/OTRO	<input type="checkbox"/> VIVE SOLO	<input type="checkbox"/> VIVE CON OTRAS PERSONAS	

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

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

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

*NOMBRE (USE LETRA DE MOLDE)	FIRMA	OCUPACIÓN	OFICINA/AGENCIA/NOMBRE DEL NEGOCIO
RELACIÓN O PARENTESCO CON LA VÍCTIMA; CÓMO SABE DEL ABUSO?	(CALLE)	(CIUDAD)	(CÓDIGO POSTAL)
		(CORREO ELECTRÓNICO)	TELÉFONO ()

D. INFORMACIÓN SOBRE EL INCIDENTE - Dirección donde el incidente ocurrió:

*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"/> EN CASA DE OTRO	<input type="checkbox"/> ESTABLECIMIENTO DE CUIDADO MÉDICO CONTINUO NO INTENSO/CUIDADO POSTHOSPITAL (SWING BED)
	<input type="checkbox"/> HOSPITAL/HOSPITAL QUE SE ESPECIALIZA EN CUIDADO PARA ENFERMEDADES GRAVES DE CORTA DURACIÓN
	<input type="checkbox"/> OTRO (Especifique)

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

<p>1. ABUSO COMETIDO POR OTRAS PERSONAS (W&IC 15610.07 & 15610.63)</p> <p>a. FÍSICO</p> <p><input type="checkbox"/> ASALTO/AGRESIÓN</p> <p><input type="checkbox"/> REPRESIÓN O PRIVACIÓN</p> <p><input type="checkbox"/> ASALTO SEXUAL</p> <p><input type="checkbox"/> LIMITACIÓN QUÍMICA</p> <p><input type="checkbox"/> DEMASIADA O NO SUFICIENTE MEDICINA</p> <p>b. <input type="checkbox"/> NEGLIGENCIA</p> <p>c. <input type="checkbox"/> FINANCIERO</p> <p>d. <input type="checkbox"/> ABANDONO</p> <p>e. <input type="checkbox"/> AISLAMIENTO</p>	<p>2. AUTONEGLIGENCIA (W&IC 15610.57[b][5])</p> <p>a. <input type="checkbox"/> CUIDADO FÍSICO (por ejemplo, higiene personal, comida, ropa, vivienda)</p> <p>b. <input type="checkbox"/> CUIDADO MÉDICO (por ejemplo, necesidades de salud física y mental)</p> <p>c. <input type="checkbox"/> PELIGROS DE SALUD y SEGURIDAD</p> <p>d. <input type="checkbox"/> MALNUTRICIÓN/DESHIDRATACIÓN</p> <p>e. <input type="checkbox"/> OTRO (No obligatorio de reportar, por ejemplo, abuso financiero)</p>
EL ABUSO RESULTÓ EN (✓ MARQUE TODOS LOS 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"/> OTRO (ESPECIFIQUE) <input type="checkbox"/> NO SE SABE	

F. OBSERVACIONES DE LA PERSONA QUE HACE EL REPORTE, CREENCIAS Y DECLARACIONES DE LA VÍCTIMA SI ESTÁN DISPONIBLES. ¿TODAVÍA TIENE ACCESO A LA VÍCTIMA LA PERSONA QUE SE ALEGA ES EL PERPETRADOR? PROPORCIONE EL PERIODO DE TIEMPO QUE CONOCE (2 días, 1 semana, continuo, etc.). ANOTE CUALQUIER POSIBLE PELIGRO PARA EL INVESTIGADOR (por ejemplo, animales, armas, enfermedades contagiosas, etc.).

✓ MARQUE SI SE ADJUNTA INFORMACIÓN MÉDICA, FINANCIERA, U OTRA INFORMACIÓN SUPLEMENTAL, O FOTOGRAFÍAS.

G. CUENTA SEÑALADA

NÚMERO DE CUENTA (ÚLTIMOS 4 NÚMEROS):	TIPO DE CUENTA: <input type="checkbox"/> DEPÓSITO <input type="checkbox"/> CRÉDITO <input type="checkbox"/> OTRO	CUENTA DE FIDEICOMISO: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
CARTA PODER: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	DEPÓSITO DIRECTO: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	OTRAS CUENTAS: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

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

NOMBRE	DIRECCIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO ()	RELACIÓN/PARENTESCO
--------	-----------	---------------------------	---------------------

I. 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 type="checkbox"/>		*RELACIÓN/PARENTESCO
*DIRECCIÓN	*CIUDAD	*CÓDIGO POSTAL	*TELÉFONO ()

J. REPORTE POR TELÉFONO HECHO A LA OFICINA DE: APS local orden público local Ombudsman local Depto. de Salud Mental de California Depto. de Servicios de Desarrollo de California

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

K. REPORTE ESCRITO Apunte información acerca de la oficina que recibe este reporte. No envíe el reporte a la oficina de Programas para Adultos del Departamento de Servicios Sociales de California.

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

L. (SÓLO PARA USO DE LA OFICINA) RECEIVING AGENCY USE ONLY Telephone Report Written Report

1. Report Received by:	Date/Time:
2. Assigned <input type="checkbox"/> Immediate Response <input type="checkbox"/> Ten-day Response <input type="checkbox"/> No Initial Face-To-Face Required <input type="checkbox"/> Not APS <input type="checkbox"/> Not Ombudsman	Approved by: _____ Assigned to (optional): _____
3. Cross-Reported to: <input type="checkbox"/> CDHS, Licensing & Cert. <input type="checkbox"/> CDSS-CCL <input type="checkbox"/> CDA Ombudsman <input type="checkbox"/> Bureau of Medi-Cal Fraud & Elder Abuse <input type="checkbox"/> Mental Health <input type="checkbox"/> Law Enforcement <input type="checkbox"/> Professional Board <input type="checkbox"/> Developmental Services <input type="checkbox"/> APS <input type="checkbox"/> 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 (W&IC). Este formulario documenta la información proporcionada por una persona haciendo un reporte de la sospecha de un incidente de abuso de una persona de edad avanzada o de un adulto dependiente. “**Persona de edad avanzada**”, significa cualquier persona que es residente de este Estado quien tiene 65 años de edad o más. “**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 W&IC). 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 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. Complete las secciones en el formulario marcadas con un asterisco (*) cuando se reciba un reporte por teléfono de la sospecha de abuso, como está estipulado por los estatutos y el Departamento de Servicios Sociales de California.
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. Favor de notar 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

Las personas bajo mandato de reportar (*mandated reporters*) (Vea la definición en esta página bajo "Definiciones de las personas que hacen el reporte") completarán este formulario para cada reporte sobre la sospecha o conocimiento de abuso (vea la Sección 15610 del W&IC para las definiciones de abuso sexual, físico, o financiero; secuestro; negligencia [incluyendo la autonegligencia o sea la negligencia en contra de uno mismo]; aislamiento; y abandono) en contra de una persona de edad avanzada o de un adulto dependiente. **Antes de que pasen dos (2) días hábiles a partir de la fecha en que se hizo el reporte por teléfono, el original de este reporte se debe presentar a la oficina responsable como se identifica a continuación:**

- La oficina del condado de servicios para la protección de adultos (*Adult Protective Services - APS*) o la oficina local encargada del orden público (si el abuso ocurrió en una residencia privada, apartamento, hotel o motel, o alojamiento/albergue para personas sin hogar).
- El programa del mediador y protector de los derechos relacionados al cuidado a largo plazo (*Long-Term Care Ombudsman - LTCO*) o la oficina local encargada del orden público (si el abuso ocurrió en un establecimiento de cuidado médico continuo no intenso, establecimiento residencial para adultos, programa para adultos durante el día, establecimiento residencial para el cuidado de personas de edad avanzada, o centro de cuidado de la salud para adultos durante el día).
- El Departamento de Salud Mental de California (*California Department of Mental Health*) o la oficina local encargada del orden público (si el abuso ocurrió en los siguientes hospitales estatales: *Metropolitan State Hospital, Atascadero State Hospital, Napa State Hospital, o Patton State Hospital*).
- El Departamento de Servicios de Desarrollo en California (*California Department of Developmental Services*) o la oficina local encargada del orden público (si el abuso ocurrió en los siguientes centros: *Sonoma Developmental Center, Lanterman Developmental Center, Porterville Developmental Center, Fairview Developmental Center, o Agnews Developmental Center*).

LO QUE SE DEBE REPORTAR

Cualquier persona bajo mandato de reportar, que en su capacidad profesional o dentro del campo de su trabajo, ha observado, sospecha, o tiene el conocimiento de un incidente que razonablemente parece ser abuso físico (incluyendo abuso sexual), abandono, aislamiento, abuso financiero, secuestro, o negligencia (incluyendo la autonegligencia), o si alguna persona de edad avanzada o un adulto dependiente le ha dicho que él o ella ha sido víctima de comportamiento que constituye abuso físico, abandono, aislamiento, abuso financiero, secuestro, o negligencia, debe reportar por teléfono inmediatamente, o lo más pronto posible, lo que se sabe o se sospecha que es abuso. También debe enviar a la oficina apropiada un reporte por escrito antes de que pasen dos (2) días hábiles.

DEFINICIONES DE LAS PERSONAS QUE HACEN EL REPORTE

Persona bajo mandato de reportar (*mandated reporter*) (W&IC) “15630 (a) 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*) (W&IC) “15610.17 ‘Persona que es responsable del cuidado de otra persona’ 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 casa y cuidado personal, servicios de nutrición, u otros servicios de apoyo en el hogar o basados en la comunidad.

INSTRUCCIONES GENERALES (Continuación)

- (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 Oficial Mediador y Protector de los Derechos Relacionados con el Cuidado a Largo Plazo (*Office of the State Long-Term Care Ombudsman - OSLTCO*).
- (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.
- (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*) (W&I) “15610.37 'Profesional de la salud' 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”.

Oficiales y Empleados de Instituciones Financieras (W&I) “15630.1. (a) Según se usa en esta sección, “persona bajo mandato de reportar la sospecha de abuso financiero de una persona de edad avanzada o de un adulto dependiente” significa oficiales o empleados de instituciones financieras.

- (b) Según se usa en esta sección, el término “institución financiera” significa cualquiera de los siguientes:
 - (1) Una institución de depósito, como está definida en la Sección 3(c) del Decreto Federal de Seguro de Depósito (*Federal Deposit Insurance Act*) (Sección 1813(c) del Código 12 de los Estados Unidos).
 - (2) Un partido afiliado con una institución, como está definido en la Sección 3(u) del Decreto Federal de Seguro de Depósito (Sección 1813(u) del Código 12 de los Estados Unidos).
 - (3) Una unión de crédito federal o una unión de crédito estatal, como está definida en la Sección 101 del Decreto Federal para Uniones de Crédito (*Federal Credit Union Act*) (Sección 1752 del Código 12 de los Estados Unidos), incluyendo, pero no limitándose a, un partido afiliado a una institución de una unión de crédito, como está definida en la Sección 206(r) del Decreto Federal de Unión de Crédito (Sección 1786(r) del Código 12 de los Estados Unidos).
- (c) Según se usa en esta sección, “abuso financiero” tiene el mismo significado que en la Sección 15610.30.
- (d) (1) Cualquier persona bajo mandato de reportar la sospecha de abuso financiero de una persona de edad avanzada o de un adulto dependiente y que tiene contacto directo con la persona de edad avanzada o con el adulto dependiente o que repasa o aprueba los documentos, los archivos, o las transacciones financieras de la persona de edad avanzada o del adulto dependiente, en conexión con

INSTRUCCIONES GENERALES (Continuación)

proveer servicios financieros con respecto a una persona de edad avanzada o un adulto dependiente, y quien, dentro del ámbito de su empleo o práctica profesional, ha observado o tiene conocimiento de un incidente, que está directamente relacionado con la transacción o asunto que se encuentra dentro del ámbito de empleo o práctica profesional, que razonablemente parece ser abuso financiero, o que razonablemente sospecha que el abuso, basado solamente en la información ante él o ella al tiempo de revisar o aprobar el documento, archivo, o transacción en el caso de personas bajo mandato de reportar que no tienen contacto directo con la persona de edad avanzada o con el adulto dependiente, deberán reportar el caso conocido o el caso que se sospecha ser abuso financiero inmediatamente por teléfono, o tan pronto como sea factible, y por medio de un reporte por escrito enviado antes de que pasen dos (2) días hábiles a la oficina local de servicios para la protección de adultos o la oficina local encargada del orden público.

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 W&IC se mantendrá en una manera confidencial y solamente se podrá compartir con las oficinas de APS, las oficinas locales encargadas del orden público, los coordinadores de la oficina del LTCO, 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 esta definido bajo "Definiciones de las personas que hacen el reporte"]) 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 un gran daño físico, puede ser castigada con hasta un año en la cárcel del condado, una multa de hasta \$5,000, o ambas cosas: encarcelamiento y multa.

Oficiales o empleados de instituciones financieras (definidos bajo "Definiciones relacionadas a las personas que hacen el reporte") son personas bajo mandato de reportar abuso financiero (a partir del 1º 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 W&IC, 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.

Según la Sección 15630(b)(4)(A) del W&IC, en un establecimiento de cuidado a largo plazo, una persona bajo mandato de reportar a quien el Departamento de Servicios de Salud de California (*California Department of Health Services*) determina, después de recibir aprobación de la Sección de Investigaciones de Fraude en Medi-Cal y la Oficina Estatal del Oficial Mediador y Protector de los Derechos Relacionados con el Cuidado a Largo Plazo (*OSLTCO*), que tiene acceso a los planes de cuidado y tiene el entrenamiento y experiencia para determinar si se ha cumplido con todas las condiciones que aparecen a continuación, no tendrá que reportar sospechas de abuso:

- (1) La persona bajo mandato de reportar tiene conocimiento de que existe un plan apropiado para el cuidado.
- (2) La persona bajo mandato de reportar tiene conocimiento de que el plan de cuidado se proporciona y sigue adecuadamente.
- (3) Ocurrió una lesión física, mental, o médica como resultado del cuidado bajo las condiciones mencionadas en la cláusula (1) ó (2).
- (4) La persona bajo mandato de reportar razonablemente cree que la lesión no fue el resultado de abuso.

DISTRIBUCIÓN DE COPIAS DEL FORMULARIO SOC 341

Persona bajo mandato de reportar: Después de hacer el reporte por teléfono, envíe el original y una copia a la oficina que recibió el reporte; mantenga una copia para sus expedientes.

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 se aplica en dicho caso.

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