

DATOS DE FILIACIÓN

Centro:	Paciente:			
Dirección:	Dirección:			
CP: Provincia:	CP: Provincia:	CIPA:		
Población:	Fecha de Nacimiento:	Telf:	DNI:	
	Lugar de Nacimiento:		Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	

MALTRATO FÍSICO

Magulladuras o moratones
Quemaduras
Fracturas óseas
Heridas
Lesiones viscerales
Mordeduras humanas
Intoxicación forzada
Síndrome del niño zarandeado

NEGLIGENCIA

Escasa higiene
Falta de supervisión
Cansancio o apatía permanente
Problemas físicos o necesidades médicas no atendidos
Es explotado, se le hace trabajar en exceso
No va a la escuela
Ha sido abandonado

MALTRATO EMOCIONAL

Maltrato emocional
Retraso físico, emocional y/o intelectual
Intento de suicidio
Cuidados excesivos / Sobreprotección

ABUSO SEXUAL

- Sin contacto físico
- Con contacto físico y sin penetración
- Con contacto físico y con penetración
- Dificultad para andar y sentarse
- Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada
- Dolor o picor en la zona genital
- Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal
- Cérvix o vulva hinchados o rojos
- Explotación sexual
- Semen en la boca, genitales o ropa
- Enfermedad venérea
- Apertura anal patológica
- Configuración del himen normal
- Configuración del himen imperforado
- Configuración del himen (otra alteración)
- Tamaño hendidura himenal (en mm)

IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Caso Fatal (fallecimiento del niño) Sí No Fecha de Notificación

Acompañante Padre Madre Tutor Policía Vecino Otro (especificar)

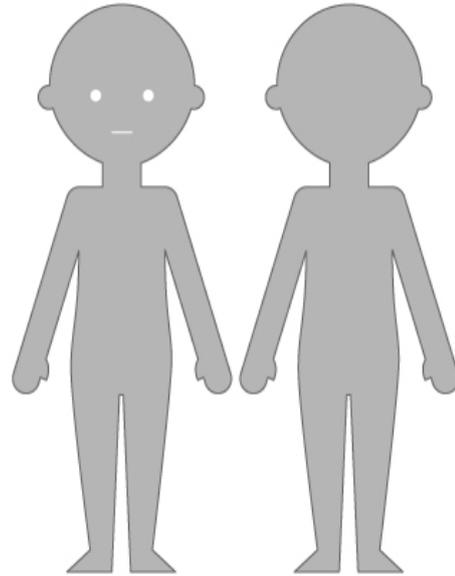
DATOS PERSONALES DEL FACULTATIVO

Nombre y apellidos:	Profesional:	Firma
Nº de colegiado:	Servicio/Consulta:	

Caso

Sospecha

Maltrato



Señale la localización de los síntomas