



Child Advocacy Center

OF AIKEN COUNTY

4231 Trolley Line Road • Aiken, SC 29802 • (803) 644-5100 • cacofaiken.org

El nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____

CONSENTIMIENTO PARA ENTREVISTA FORENSE:

Como padre o tutor legal del niño mencionado anteriormente, doy mi consentimiento al Child Advocacy Center of Aiken County para realizar una entrevista forense con mi hijo. Mi hijo será entrevistado de manera abierta y amigable para los niños con respecto a las denuncias o sospechas de maltrato. Entiendo que el propósito de esta entrevista es recopilar información para facilitar una investigación en curso. Esta información puede ser utilizada como prueba en un tribunal de justicia. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre la entrevista forense. Soy consciente de que el personal del CAC del condado de Aiken puede usar partes de la entrevista forense únicamente con fines de capacitación, y soy consciente de que se protegerá cualquier información que identifique a mi hijo y/o familia. Entiendo y doy permiso para que mi hijo participe en la entrevista forense.

CONSENTIMIENTO PARA LA ENTREVISTA FORENSE DE GRABACIÓN DE AUDIO/VIDEO:

Entiendo que la entrevista forense de mi hijo será grabada en audio/visualmente para documentar con precisión las declaraciones de mi hijo. Esta grabación de audio/visual se compartirá con los miembros del equipo de investigación para facilitar las investigaciones en curso. El personal del Child Advocacy Center of Aiken County también puede revisar esta grabación para garantizar la calidad. Doy mi consentimiento para que mi hijo sea grabado en audio/visual durante la entrevista forense.

Firma del tutor legal en nombre del niño

Fecha

CONSENTIMIENTO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:

Entiendo que, de acuerdo con el Código SC 63-11-310, los centros de Defensa del Niño deben divulgar toda la información que recopilan de conformidad con una investigación de abuso o negligencia infantil a la oficina del DSS del condado, a la policía y al abogado del circuito.

Autorizo al Child Advocacy Center of Aiken County a divulgar y/o recibir información de:

Profesional/Terapeuta de Salud Mental: _____

Proveedor médico/pediatra: _____

Otro: _____

Firma del tutor legal

Fecha



HOJA DE INFORMACIÓN DE ADMISIÓN

Fecha: _____

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ Raza: _____

Escuela del niño: _____

Proveedor de seguro médico del niño: Seguro de enfermedad Otro: _____ Sin seguro

Nombre del Padre de Familia / Guardian: _____

Lugar de empleo del padre/tutor: _____ No empleado/Jubilado

Dirección de casa: _____

de teléfono celular: _____ de teléfono de casa: _____ Alt. Teléfono: _____

Proporciónenos información sobre quién vive en el hogar con el niño:

1. Nombre: _____ Apodo: _____

Edad: _____ Raza: _____ Género: _____ Relación con el niño: _____

2. Nombre: _____ Apodo: _____

Edad: _____ Raza: _____ Género: _____ Relación con el niño: _____

3. Nombre: _____ Apodo: _____

Edad: _____ Raza: _____ Género: _____ Relación con el niño: _____

4. Nombre: _____ Apodo: _____

Edad: _____ Raza: _____ Género: _____ Relación con el niño: _____

5. Nombre: _____ Apodo: _____

Edad: _____ Raza: _____ Género: _____ Relación con el niño: _____

6. Nombre: _____ Apodo: _____

Edad: _____ Raza: _____ Género: _____ Relación con el niño: _____



Marque todo lo que corresponda a su hijo:

- Tiene una condición médica o de salud mental o una necesidad especial que puede afectar la entrevista.

Por favor explique: _____

- Toma medicación de forma regular.

Lista de medicamentos: _____

- Tiene dificultad para hablar, oír, ver, moverse físicamente u otra necesidad.

Por favor explique: _____

- Tiene un plan de educación individual (IEP) escolar, recibe servicios de educación especial u otra asistencia especial en la escuela.

Por favor explique: _____

- Necesita adaptaciones especiales para la entrevista de hoy.

Por favor explique: _____

- Ha sido entrevistado aquí o en otro centro/ubicación anteriormente.

Por favor explique: _____

- Investigaciones previas de maltrato infantil en la familia.

Por favor explique: _____

- El niño ha experimentado eventos traumáticos, recientemente o en el pasado.

Por favor explique: _____

Enumere cualquier cosa sobre sus creencias culturales o religiosas que necesitemos saber que nos ayudaría a servir mejor a su hijo:

Enumere cualquier historial familiar de problemas psiquiátricos, sustancias, voz doméstica, problemas legales, divorcio, etc.

¿Qué más te gustaría que sepamos?



Child Advocacy Center

OF AIKEN COUNTY

Necesita valoración

Nombre del cuidador: _____

Niño/Nombre de los niños: _____

Número de teléfono: _____ alternativa Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Por favor conteste lo siguiente:

1. ¿Está su hijo actualmente en consejería? Sí No

¿Si sí donde? _____

2. ¿Está interesado en la consejería para su hijo? Sí No Tal vez

3. ¿Estás interesado en asesorarte a ti mismo? Sí No Tal vez

4. ¿Le interesaría un grupo de apoyo para padres/cuidadores? Sí No Tal vez

5. ¿Su hogar necesita ayuda? (Marque todo lo que corresponda.)

- | | | | |
|---|-------------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Vivienda | <input type="checkbox"/> Utilidades | <input type="checkbox"/> Comida | <input type="checkbox"/> Ropa |
| <input type="checkbox"/> Cuidado de niños | <input type="checkbox"/> Salud | <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Entrenamiento de habilidades |

Otro: _____

SOLO PARA USO DEL PERSONAL

Advocate: _____ Service/FI Date: _____

Disclosure: No Yes Abuse Type: SA PA Neglect Other: _____

Interviewer Comments:

Follow-up chart on backside.

Document follow-ups at 2 days after FI, then every 30 days until case is closed or any others that are done on an 'as needed' basis



Child Advocacy Center

OF AIKEN COUNTY

Date & Mode of Contact <i>(phone; email)</i>	Referrals or Appointments made <i>(to whom and/or where)</i>	Notes <i>(Appt. reminders, referral updates, etc.)</i>

Document follow-ups at 2 days after FI, then every 30 days until case is closed or any others that are done on an 'as needed' basis