



## INFORME DE SOSPECHA DE VIOLENCIA EJERCIDA SOBRE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES (NNA)

### Datos del NNA

Nº de informe:  Fecha:  Hora de asistencia:  Edad:

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Dirección: \* \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

### Datos de los padres o tutores

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \*\* \_\_\_\_\_

Dirección: \* \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Parentesco con el menor: \_\_\_\_\_ ¿Vive con el menor?  Si  No

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \*\* \_\_\_\_\_

Dirección: \* \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Parentesco con el menor: \_\_\_\_\_ ¿Vive con el menor?  Si  No

### Datos de la persona o servicio que se queda a cargo del NNA tras la intervención

Servicio: \_\_\_\_\_ Dirección: \* \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \*\* \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Parentesco con el menor: \_\_\_\_\_ ¿Vive con el menor?  Si  No

### Descripción de la situación en que se encuentra el NNA

Lugar de la intervención: \_\_\_\_\_

Descripción de la situación detectada: indicadores y factores de riesgo físico y/o emocionales detectados en la intervención:

Actitud del NNA y de los acompañantes hacia el menor

Actuaciones realizadas HOSPITAL DE TRASLADO

Servicios o profesionales que han intervenido

Activación Samur Social

¿Cómo se ha conocido el caso? Demandantes

Médico/a

Enfermero/a

Psicólogo/a

TATS

\* Escribir dirección completa: Calle, piso, número y ciudad

\*\* DNI / Pasaporte / Tarjeta de residencia

**SAMUR - PROTECCIÓN CIVIL**  
91 513 23 95 / 91 513 23 96  
Ronda de las Provincias, 7 · 28011

