

**DIÓCESIS DE DES MOINES  
REPORTE SOBRE ABUSO SEXUAL**

NOMBRE COMPLETO DE LA VÍCTIMA \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO DE LA VÍCTIMA \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE LA VÍCTIMA \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE LA VÍCTIMA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DE PADRES O TUTORES  
(si la víctima es menor de 18 años): \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE PADRES O TUTORES (si es diferente al de la víctima):  
\_\_\_\_\_

TELÉFONO DE PADRES O TUTORES (si es diferente): \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL SACERDOTE O  
DIÁCONO INVOLUCRADO: \_\_\_\_\_

Por favor díganos que sucedió. Trate de especificar lo mejor que pueda respecto a las fechas, horas, lugares y circunstancias del incidente. ¿Estaba alguien mas presente? (Utilice más espacio si lo necesita.)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Por favor háganos saber si hay algún servicio en especial que pudiéramos proveerle:

---

---

---

---

---

---

---

La Diócesis de Des Moines debe reportar alegaciones de abuso sexual a las autoridades civiles y al departamento de servicios humanos. La Diócesis de Des Moines no hará pública su identidad ni divulgará su nombre, a menos que usted nos autorice a hacerlo. Por favor háganos saber si quiere que utilicemos su nombre públicamente:

\_\_\_\_\_ Sí, pueden utilizar mi nombre públicamente.

\_\_\_\_\_ No, no pueden divulgar mi nombre, excepto con autoridades civiles y el departamento de servicios humanos.

---

Firma de la Víctima o del Padre/Tutor

Fecha