



Kit de la Parte B – Agresión sexual facilitada con drogas
Formulario de consentimiento del paciente para recolección de evidencias y para su entrega o almacenamiento

PEGUE LA ETIQUETA DEL PACIENTE
O escriba el nombre del paciente: _____

<u>Información adicional</u>			
Teléfono del paciente:		Correo electrónico del paciente:	
Nombre de la institución:			

Instrucciones: Este formulario debe usarse cuando un paciente que haya sufrido agresión sexual o su tutor autoricen la recolección de evidencias de agresión sexual **y existan sospechas de una agresión sexual facilitada por drogas**. Incluya las iniciales del paciente o del tutor en las líneas correspondientes; deben firmar los espacios requeridos en la parte inferior del formulario.

Un menor de edad maduro que se presente en el departamento de emergencias de un hospital puede consentir o puede decidir no consentir, sin la intervención de sus padres, a un examen forense en el transcurso de la atención posterior a una agresión sexual.

Este formulario de consentimiento no pretende describir todos los componentes de un examen médico forense por agresión sexual. Debe obtenerse el consentimiento informado pleno del paciente durante todo el examen por medio de comunicación verbal continua entre el proveedor, el paciente y el tutor, de haberlo. Guarde este formulario en el expediente médico electrónico del paciente. Puede distribuirse una copia a la persona que autorizó (el paciente o tutor) y a las autoridades policiales, si se cuenta con permiso.

Consentimiento para recolección de evidencias de delitos sexuales facilitados con drogas

Acepto permitir que el proveedor tome muestras de sangre y orina utilizando el *kit de recolección de evidencias de delitos sexuales del estado de Nueva York, Parte B*. Entiendo que el propósito de este procedimiento es identificar la presencia de drogas como parte de un examen por agresión sexual. Dicha evidencia se utilizará si yo decido denunciar el delito a las autoridades policiales.

Entiendo que en cualquier momento puedo negarme a que se realice este examen y recolección de evidencias, o cualquier parte del mismo. El proveedor me ha informado sobre mis derechos entregándome una copia de la "Carta de derechos de las víctimas de agresiones sexuales en el estado de Nueva York" y ofreciéndome explicármela.

... continúa en la página 2

De acuerdo con las leyes del estado de Nueva York, hay disponibles versiones de este documento traducidas a los idiomas designados en <https://www.criminaljustice.ny.gov/evidencekit.htm>

Por favor escriba sus iniciales al lado de su elección:

Recolección de sangre Sí _____ No _____

Recolección de orina Sí _____ No _____

El consentimiento para la entrega o el almacenamiento de evidencias de delitos sexuales facilitados con drogas se incluye en el consentimiento de la Parte A del kit en su totalidad.

La persona que autoriza el consentimiento es el:

Paciente

Padre o madre del paciente

Tutor del paciente

Otro (especifique): _____

Firma de la persona que autoriza

Nombre en letra de molde

Fecha

Firma del proveedor médico

Nombre en letra de molde

Fecha

Firma del intérprete (si se utiliza)

Nombre en letra de molde

Fecha

Distribución: Original en el expediente del paciente; Copia al paciente;

No coloque el formulario del consentimiento en la caja del kit de la Parte B

De acuerdo con las leyes del estado de Nueva York, hay disponibles versiones de este documento traducidas a los idiomas designados en <https://www.criminaljustice.ny.gov/evidencekit.htm>