



A 部分套件 – 性侵犯
证据收集和公布或储存患者同意书

<p>贴上患者标签 或输入患者姓名: _____</p>

附加信息			
患者电话:		患者电子邮件:	
机构名称:			

说明: 当性侵犯患者或监护人授权收集证据时，将使用此表格。请在指定行填写患者/监护人的姓名首字母；表格底部需要完整的签名。

在性侵犯后的护理过程中，在医院急诊科就诊的具有行为能力的未成年人可以选择同意或不同意在没有父母参与的情况下接受法医检查。

本同意书并非旨在描述性侵犯法医检查的所有组成部分。在整个检查过程中，必须通过提供者、患者和监护人（如果有）之间的持续口头交流，获得患者充分的知情同意。将此表格保存在患者的电子病历中。副本可能会分发给授权人（患者和/或监护人）和执法部门（如果已公开）。

性犯罪证据收集同意书

我同意让提供者使用 *纽约州性犯罪证据收集套件 A 部分* 对我进行检查并收集性侵犯证据。我了解这可能包括询问我的个人史和病史，检查我是否有受伤或存在其他医疗问题，并采集样本作为证据。如果需要，我也可以选择同意拍摄伤情照片。如果我想向执法部门报告犯罪行为，将使用此证据。

我了解我可以随时拒绝此检查和证据收集的任何或所有部分。提供者通过给我一份“纽约州性侵犯受害者权利法案”副本并主动向我解释该法案，告知了我的权利。

请在您的选择旁边写上您的姓名首字母:

收集证据	是 _____ 否 _____
照片	是 _____ 否 _____

... 继续第 2 页

公布或储存性犯罪证据的同意书

我可以决定让执法部门了解我的案件，并将从我这里收集的信息和证据提供给执法部门。证据可能包括 *纽约州性犯罪证据收集套件 A 部分*、*纽约州性犯罪证据收集套件 B 部分*、照片和/或检查期间收集的任何其他个人物品。执法部门会将我的证据交给法医实验室进行检测。

或者，我可以决定不希望通知执法部门或允许将收集到的我的证据和信息提供给他们。我被告知收集到的我的证据将被安全地储存 20 年。在 20 年的储存期内，如果我不想将我的证据交给执法部门，随后将根据州和地方法律将其丢弃。

我了解，在这些证据被丢弃之前，我可以随时选择向执法部门公布我的证据。要公开我的证据，我可以联系收集证据的医疗服务提供者、执法机构、受害者援助计划或安全储存机构。如果我的证据将要被移动或被丢弃，会有专人尽最大努力事先通知我。

我明白，如果我要求，我的衣服和作为证据收集的任何其他个人物品将退还给我。

请在您的选择旁边写上您的姓名首字母：

通知执法部门 是 _____ 否 _____

向执法部门公布证据
(如果回答“否”，证据将被发送到长期储存机构) 是 _____ 否 _____

向执法部门公布照片 是 _____ 否 _____

公布其他资料 (请说明) _____ 是 _____ 否 _____

授权同意的人是： 患者 患者的家长 患者的监护人

其他 (请说明)： _____

授权人的签名 正楷填写姓名 日期

医疗服务提供者的签名 正楷填写姓名 日期

译员签名 (如有) 正楷填写姓名 日期

分发：患者病历原件；给患者的副本；
给执法部门的副本，如果通知

不要将同意书放在 A 部分套件箱中

根据纽约州法律，本文件的指定语言翻译版本可在下列网站获得 <https://www.criminaljustice.ny.gov/evidencekit.htm>