



Kit de la Parte A – Agresión sexual
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: _____

Información adicional			
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. 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

Acepto permitir que el proveedor me examine y recolecte evidencias de agresión sexual utilizando el *kit de recolección de evidencias de agresiones sexuales del estado de Nueva York, Parte A*. Entiendo que el procedimiento puede incluir hacerme preguntas acerca de mis antecedentes personales y médicos, examinarme para detectar posibles lesiones u otros problemas médicos, y tomar muestras como evidencias. También puedo decidir otorgar mi consentimiento para que se tomen fotografías de mis lesiones, si es necesario. 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 ofreciendo explicármela.

... continúa en la página 2

Por favor escriba sus iniciales al lado de su elección:

Recolección de evidencias

Sí _____ No _____

Fotografías

Sí _____ No _____

Consentimiento para la entrega o el almacenamiento de evidencias de delitos sexuales

Puedo decidir permitir que las autoridades policiales tengan conocimiento de mi caso y que se les entregue la información y las evidencias que yo proporcione. Las evidencias pueden incluir el *kit de recolección de evidencias de agresiones sexuales del estado de Nueva York, Parte A*, el *kit de recolección de evidencias de agresiones sexuales del estado de Nueva York, Parte B*, fotografías y cualquier otro objeto personal recolectado durante el examen. Las autoridades policiales entregarán mis evidencias a un laboratorio forense para que sean analizadas.

O bien, puedo decidir que no deseo notificar a las autoridades policiales ni permitir que se les entreguen mis evidencias ni la información que yo proporcione. Se me ha explicado que mis evidencias recolectadas se conservarán en un lugar seguro durante 20 años. Si durante el período de 20 años no quiero que mis evidencias se le entreguen a las autoridades policiales, posteriormente se desecharán de acuerdo con las leyes estatales y locales.

Entiendo que puedo decidir entregar mis evidencias a las autoridades policiales en cualquier momento, hasta que sean desechadas. Para permitir la entrega de mis evidencias, puedo comunicarme con el proveedor médico que las recolectó, con las autoridades policiales, con programas de asistencia a víctimas o con el sitio de almacenamiento seguro. Si mis evidencias serán trasladadas a otro lugar, y antes de que sean desechadas, alguien hará esfuerzos diligentes por notificarme.

Entiendo que mi ropa y otros objetos personales que se recolecten como evidencias me serán devueltos si los solicito.

Por favor escriba sus iniciales al lado de su elección:

Entregar evidencias a las autoridades policiales
(Si contesta que no, las evidencias se enviarán a almacenamiento a largo plazo)

Sí _____ No _____

Entregar las fotografías a las autoridades policiales

Sí _____ No _____

Entregar otros objetos (especificar) _____

Sí _____ No _____

... continúa en la página 3

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>

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;
Copia a las autoridades policiales, si se les notifica

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