

Denuncia ANÓNIMA

Solo para pacientes



FORMULARIO ANÓNIMO DE CONSENTIMIENTO e INFORMACIÓN SOBRE AGRESIÓN SEXUAL DE COLORADO

(consulte la Legislación revisada de Colorado
[Colorado Revised Statutes, C.R.S.] 12-240-139)

La denuncia anónima es SOLO una opción para pacientes que tienen de 18 a 69 años, y **NO** para personas con discapacidad intelectual o del desarrollo. Las leyes de denuncia obligatoria les impiden a los menores de 18 años y a los adultos mayores de 70 años denunciar de forma anónima una agresión sexual.

- **Tiene derecho a que le expliquen en qué consiste este formulario y a que se respondan todas sus preguntas. Escriba sus iniciales y firme donde corresponda. Recibirá una copia de este formulario una vez completado.**

Comisaría:	N.º de caso: N.º de identificador único (si es diferente del n.º de caso de cumplimiento de la ley):
Nombre del oficial:	N.º de teléfono:

Consentimiento para examen de medicina legal

▶ _____	Doy mi consentimiento para que me realicen un examen de medicina legal. Entiendo que puedo detener el examen en cualquier momento y puedo rechazar cualquier parte del examen o la recolección de cualquier muestra.
---------	---

Consentimiento para realizar una denuncia (ambos deben tener las iniciales del paciente)

▶ _____	En este momento, elijo hacer una denuncia anónima. Entiendo que se recogerán pruebas y estas se almacenarán de forma anónima en una comisaría. Entiendo que no se le dará a la comisaría mi nombre ni otro tipo de información que me identifique. Entiendo que puedo cambiar de opinión y realizar una denuncia posteriormente ante la comisaría proporcionando el número de identificación único que se me dio.
▶ _____	Entiendo que las pruebas NO se enviarán a un laboratorio de medicina legal para su análisis. Entiendo que puedo cambiar de opinión, realizar una denuncia ante la comisaría y que se analicen las pruebas en un laboratorio de medicina legal, pero debo proporcionar mi nombre e información de contacto a la comisaría. Sin embargo, entiendo que la comisaría solo está obligada a conservar las pruebas durante un mínimo de 2 años.

Nombre del paciente en letra de imprenta

Firma del paciente

Fecha

Nombre del testigo en letra de imprenta/Cargo

Firma del testigo

Fecha