

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO e INFORMACIÓN SOBRE
 AGRESIÓN SEXUAL DE COLORADO (consultar la sección 12-240-139
 de los Estatutos Revisados de Colorado [C.R.S., por sus siglas en inglés])



► Tiene derecho a que se le explique 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.

Agencia de cumplimiento de la ley:	N.º de caso:
Nombre del oficial:	N.º de teléfono:

Consentimiento para examen médico forense

► _____	Otorgo mi consentimiento para un examen médico forense. Comprendo que puedo detener el examen en cualquier momento y puedo rechazar cualquier parte del mismo o la recolección de cualquier muestra.
---------	--

Consentimiento para la decisión de presentar una denuncia

(Seleccione solo una opción: **A** Q **B**)

Opción A (Opción de cumplimiento de la ley) Escriba sus iniciales a continuación.	Opción B (Opción de denuncia médica) Escriba sus iniciales a continuación.
► _____ Elijo presentar una denuncia ante la agencia de cumplimiento de la ley. Doy permiso para que las pruebas recolectadas durante mi examen de agresión sexual le sean proporcionadas a la agencia de cumplimiento de la ley para su uso en investigaciones y posibles procesamientos. Comprendo que se le dará mi nombre e información de contacto a la agencia de cumplimiento de la ley a cargo de la investigación.	► _____ En este momento, elijo la opción de denuncia médica. Por lo tanto, elijo no participar en una investigación de la agencia de cumplimiento de la ley. Comprendo que se le dará mi nombre a la agencia de cumplimiento de la ley y comprendo también que puedo cambiar de opinión y elegir posteriormente que la agencia de cumplimiento de la ley realice una investigación. (Solo para personas de 18 a 69 años)

Consentimiento para kit de pruebas

(Seleccione solo una opción: **1** Q **2**)

Opción 1 (Evaluación del kit de pruebas) Escriba sus iniciales a continuación.	Opción 2 (Almacenamiento del kit de pruebas) Escriba sus iniciales a continuación.
► _____ Doy mi consentimiento también para que la agencia de cumplimiento de la ley envíe las pruebas recolectadas a un laboratorio forense para su análisis. Comprendo que la agencia de cumplimiento de la ley puede enviar las pruebas a un laboratorio a más tardar 21 días después de recibir las pruebas, según la legislación de Colorado. Comprendo que las pruebas se analizarán y la agencia de cumplimiento de la ley recibirá los resultados forenses para realizar investigaciones y posibles procesamientos O para mantener un registro de los resultados.	► _____ NO otorgo mi consentimiento para que mis pruebas sean analizadas por un laboratorio forense. Comprendo que las pruebas solo se almacenarán en una agencia de cumplimiento de la ley. Comprendo que puedo cambiar de opinión, hacer una denuncia ante la agencia de cumplimiento de la ley y hacer que las pruebas se analicen en un laboratorio forense (solo para personas de 18 a 69 años).

**Retiro del consentimiento para el análisis de pruebas/
 entrega de resultados forenses a una agencia de cumplimiento de la ley**

► _____	Comprendo que puedo retirar mi consentimiento para el análisis de pruebas/entrega de resultados forenses a una agencia de cumplimiento de la ley comunicándome con la agencia de cumplimiento de la ley que se indica en este formulario. Comprendo que el retiro del consentimiento entrará en vigor cuando la agencia de cumplimiento de la ley verifique mi identidad, pero no se aplicará a ninguna medida ya tomada. Comprendo que una vez iniciado el análisis, el consentimiento no se puede retirar. (Solo para personas de 18 a 69 años)
---------	--

Notificación al paciente: las pruebas recolectadas deben conservarse hasta que el sospechoso ya no pueda ser procesado por el delito. Puede ponerse en contacto con la agencia de cumplimiento de la ley para solicitar una notificación 60 días antes de la destrucción de estas pruebas.

Nombre del paciente en letra de imprenta

Firma del paciente

Fecha

Nombre del testigo en letra de imprenta/cargo

Firma del testigo

Fecha

Copia de color blanco: adjuntar con el kit | Copia de color amarillo: agencia de cumplimiento de la ley (fuera del kit) | Copia de color rosa: historia clínica | Copia de color dorado: paciente