

# FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO E INFORMACIÓN PARA VÍCTIMAS DE ASALTO SEXUAL EN COLORADO

Colección, Análisis/Divulgación y Retiro de Consentimiento de Pruebas/Información de Asalto Sexual



► **Usted tiene el derecho a tener esta forma explicada y todas sus preguntas contestadas. Escriba sus iniciales y firmar donde se indica. Usted recibirá una copia de este formulario después de completarlo.**

Agencia de la ley:	Número de caso:
Nombre de Oficial:	Número de teléfono:

## Examen Médico Forense

► \_\_\_\_\_ **Doy mi consentimiento para un examen médico forense.** Entiendo que puedo dejar el examen en cualquier momento y puedo rechazar cualquier parte del examen o recaudación de cualquier muestra.

## Decisión de Reporte (Escriba sus iniciales por sólo una de las afirmaciones)

► \_\_\_\_\_ **Estoy eligiendo para hacer un informe a la policía.** Doy permiso para la evidencia recolectada y la información recopilada durante mi examen de asalto sexual ser lanzada a la policía para uso en la investigación(es) y posible enjuiciamiento(s). Entiendo que la agencia policial que investiga se dará mi nombre e información de contacto.

► \_\_\_\_\_ **Sólo Víctimas de Informes Médicos:** en este momento, **estoy eligiendo NO denunciar a la policía o participar en cualquier investigación.** Entiendo que puedo cambiar de opinión y posteriormente informar a la policía. Entiendo que la policía puede optar por investigar, pero no tengo que participar.

## Análisis de la Evidencia/ Divulgación de Resultados (Escriba sus iniciales por sólo una de las afirmaciones)

► \_\_\_\_\_ **Doy mi consentimiento para que la policía libere las pruebas recogidas a un laboratorio forense para el análisis.** Entiendo que la policía *puede* presentar las pruebas a un laboratorio no más de 21 días después de recibir las pruebas. Entiendo que si se analiza la evidencia, la policía *recibirá* los resultados para fines de investigación (es) y enjuiciamiento (s) potencial.

► \_\_\_\_\_ **Sólo doy mi consentimiento para la recogida y almacenamiento de pruebas en una agencia policial.** Entiendo que esto significa que la evidencia **NO** será sometida a un laboratorio forense para el análisis. Entiendo que puedo cambiar de opinión, hacer un reporte a la policía y, posiblemente, tener la evidencia analizada en un laboratorio forense. Entiendo que sólo se requiere la policía mantener la evidencia **de** un mínimo de 2 años.

## Retiro de Consentimiento para el Análisis de Evidencia/Divulgación de Resultados

(sólo para los pacientes mayores de 18 años)

► \_\_\_\_\_ **Entiendo que puedo retirar mi consentimiento para pruebas de análisis/publicación de los resultados por contactar la agencia de aplicación de la ley que aparece en el formulario.** Entiendo que la revocación del consentimiento se hace efectiva cuando la policía verifica mi identidad, pero no se aplicará a las acciones ya adoptadas. Entiendo que una vez que ha comenzado el análisis, el consentimiento no puede ser retirado.

Nombre de Paciente (imprima)

Firma de Paciente

Fecha

Nombre de Testigo/Título (imprima)

Firma de Testigo

Fecha

La copia blanca- Incluya en el botiquín

La copia rosa - para la historia clínica

La copia verde- entrega al paciente