

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. Entiendo que las pruebas recogidas deben conservarse hasta que el sospechoso ya no pueda ser procesado por el delito.

Nombre del paciente en letra de imprenta Firma del paciente Fecha

Nombre del testigo en letra de imprenta/Cargo Firma del testigo Fecha

Copia blanca - Adjuntar con el kit

Copia rosa - Historia clínica

Copia dorada - Paciente