**Consentimiento para la recolección y la divulgación de pruebas e información**

Nombre del centro de atención médica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Proveedor de atención médica\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Información del paciente:** | | |
| • Entiendo que los hospitales y los centros de atención médica deben denunciar ciertos delitos a las autoridades del orden público en los casos en que una víctima busque atención médica.  • Me han informado que la ley de Pennsylvania establece que la víctima de un delito sexual no deberá pagar los costos de un examen forense de violación.  • Entiendo que puede recopilarse información (incluso fotografías) a partir de este informe con fines médicos y forenses y proporcionarse a las autoridades sanitarias y a otras personas habilitadas con un interés educativo o científico válido en relación con estudios demográficos y/o epidemiológicos. | | |
| **Consentimiento del paciente: Escriba sus iniciales a la derecha para indicar si acepta o no cada una de las afirmaciones** | **Acepto** | **No acepto** |
| **Examen** | | |
| Entiendo que un profesional médico puede realizar un examen forense con mi consentimiento con el fin de identificar lesiones y recoger/preservar evidencia de la agresión sexual según los hechos denunciados. |  |  |
| Entiendo que puedo retirar el consentimiento en cualquier momento para cualquier parte del examen. |  |  |
| **Fotografías** | | |
| Entiendo que la recolección de pruebas puede incluir imágenes digitales de las lesiones y que estas imágenes pueden incluir el área genital. |  |  |
| **Imágenes de genitales** |  |  |
| **Imágenes que no sean de genitales** |  |  |
| Las fotografías pueden entregarse a los organismos de investigación como parte del informe del examen. |  |  |
| **Imágenes de genitales** |  |  |
| **Imágenes que no sean de genitales** |  |  |
| **Denuncia** | | |
| **Tengo 18 años o más y elijo la opción de denuncia anónima**  **(ver Denuncia anónima en el formulario de consentimiento del paciente)**  **\*** *Coloque sus iniciales aquí si elige una opción de denuncia anónima. Esta es la única inicial que se necesita en la sección de denuncia, pase a la firma a continuación.* | **\*** |  |
| ***Si no elige una opción de denuncia anónima, coloque sus iniciales en lo siguiente:*** |  |  |
| Acepto hablar con los organismos de investigación sobre la agresión por la que me evalúan hoy para presentar una denuncia. |  |  |
| Acepto que las fuerzas del orden público puedan enviar la evidencia a un laboratorio aprobado por la Oficina Federal de Investigaciones (FBI) para acceder al CODIS. El laboratorio aprobado realizará pruebas para analizar la evidencia. |  |  |
| Entiendo que puedo retirar el consentimiento para el análisis de las evidencias poniéndome en contacto con el organismo del orden público que investiga mi caso. |  |  |

Entiendo plenamente la naturaleza del examen y el hecho de que la información médica recogida por este medio puede usarse como evidencia en un tribunal o en relación con la aplicación de las normas y las leyes de salud pública.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta (paciente) Firma del testigo

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma (paciente) Fecha Hora

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor/relación