CONSENTIMIENTO PARA EL EXAMEN FORENSE, CONSENTIMIENTO PARA REVELAR LA EVIDENCIA, DOCUMENTACIÓN FOTOGRÁFICA Y REGISTROS, RENUNCIA AL PRIVILEGIO MEDICO

D. CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

☐ SI ☐ NO He sido informado(a) que las víctimas de crimen pueden ser elegibles para presentar reclamos de compensación de víctima de crimen al fondo de indemnización de víctimas del crimen de Nebraska para gastos médicos pagados personalmente, asesoramiento psicológico y pérdida de salario.

☐ SI ☐ NO He sido informado que una Enfermera Examinadora Forense, también llamada Enfermera de Agresión Sexual (SANE) o un médico, practicarán un examen forense para la evaluación y documentación de las lesiones y recolección de evidencia. Entiendo que puedo retirar el consentimiento en cualquier momento del examen.

☐ SI ☐ NO Entiendo que esta autorización autoriza a practicar un examen forense completo, que puede incluir la colección de evidencia de un Equipo de Recolección de Evidencia de Agresión Sexual, muestras de Sangre y orina, pruebas de HIV, o de HIV y enfermedades de transmisión sexual.

☐ SI ☐ NO Entiendo que la colección de la evidencia puede incluir fotografías forenses de las lesiones y estas fotografías pueden incluir el área genital.

Elija OPCIÓN 1 u OPCIÓN 2

OPCIÓN 1

Por favor utilizar el siguiente consentimiento de todos los informes obligatorios a la policía. Informar a la policía es obligatorio por ley si el paciente es menor de 18 años o el paciente ha sufrido lesiones de gravedad, sin importar la edad.

☐ Entiendo que este consentimiento autoriza compartir la información médica y forense, la evidencia y las fotografías con las agencias policiales apropiadas, agencias de protección a los niños y las agencias acusadoras.

OPCIÓN 2

Si el paciente tiene 18 años o más y no ha sufrido lesiones serias por favor utilizar el siguiente consentimiento. Entiendo que este consentimiento me permite elegir una de las siguientes opciones de presentación de informe para mi examen de agresión sexual y la colección de kit y evidencia de asalto sexual que resulte del examen. **Elija UNA de las tres opciones siguientes:**

☐ **Informe completo a la policía:** Esto autoriza la liberación de mi kit de asalto sexual y pruebas, documentos y fotografías relacionadas con mi agresión sexual. Estos se le proporcionarán a la Agencia policial y de procesamiento de la ley correspondiente.

☐ **Informe parcial:** Esto permite que mi kit de asalto sexual y la evidencia recogida y proporcionada a la policía lleve solo mi nombre solamente. Entiendo que la prueba de ADN se hará en mi kit de asalto sexual.

☐ **Informe anónimo:** Esto me permite permanecer totalmente anónima (o) así que mi nombre y mi información de identificación no se proporcionará a la policía. Mi kit de asalto sexual será entregado a la policía para almacenamiento con sólo el número del kit. Mi kit de asalto sexual y la evidencia no se someterán a pruebas si no cambio mi informe en un momento posterior a un informe completo o parcial.

Deseo ser contactado/a para el seguimiento una vez completado este examen a:

☐ Teléfono Número: _____

☐ Mensaje texto Teléfono Celular: _____

☐ E-mail Dirección E-mail: _____

_____ _____

FIRMA DEL PACIENTE/PADRE/GUARDIÁN Fecha Hora

_____ _____

RELACIÓN: EL/LA MISMA/PADRE/GUARDIÁN ENFERMERA FORENSE/MEDICO o N/NP/PA

PLACE PATIENT IDENTIFICATION STICKER HERE

_____

FORENSIC EXAMINER'S SIGNATURE