Patient Name: _____

Centro de Agresión Sexual del Noroeste de Georgia

Consentimiento de Examinación y/o Collexion de Evidencia y Fotografía

Nombre del pasiente: (escrito) _____

Fecha/hora del examen: _____

Yo, _____ presento autorizacion a la investigadora de el Centro de Agresion Sexual del Noroeste de Georgia de llevar a cabo lo siguiente: (Inicie abajo)

_____ Coleccionar evidencia incluyendo: peines de cabello, muestras de sangre para referencias, muestras de fluidos corporales, fragmento, trozo, muestra de uñas, y/o otros rastros o fibras de evidencia.

_____ Colección de ropa.

_____ Examen pelvico.

_____ Inspección visual de heridas: posibles áreas de agresión incluyen la cavidad bucal, los genitales y el recto.

_____ Colección de orina y/o sangre para un examen de drogas.

_____ Colección de orina para una prueba de embarazo. Administración de la pastilla del día siguiente si está indicada.

_____ Administración de medicina: Incluyendo medicación que previene el embarazo, y/o infecciones.

_____ Fotografía y/o examinación colposcopia para identificación del paciente y para identificación de las heridas y trauma.

_____ Revelar la historia médica a la agencia policial, entiendo que la historia médica puede ser citada y tendrá que ser revelada.

_____ Revelar fotografía: (Inicie una:)

_____ Toda la fotografía puede ser revelada a la agencia policial.

_____ Fotografía que no contenga partes genitales/rectales puede ser revelada a la agencia policial.

_____ Ninguna fotografía. Entiendo que la fotografía puede ser citada y tendrá que ser revelada.

_____ Otro: _____

Para su información (por favor leea)

Información sobre la experiencia de un asalto/abuso sexual individual es privada y compartida solamente segun las necesidades. Por ejemplo, si usted es un adulto y nos ha dado permiso de reportar a las agencias policiales, la policía tendrá acceso al reporte forense, evidencia, y resultados de laboratorio en la evidencia. Si el cliente es un menor de edad, el Departamento de Protección Familiar y Servicios de Niños (DFACS) tendrá acceso al reporte forense, evidencia y los resultados de laboratorio de la evidencia.

La información médica contenida en el registro es privada y protegida sobre ley estatal. También es confidencial, y en la mayoría de las circunstancias, el registro médico y la fotografía sólo será revelada con su permiso y firmando una Revelación de Información Médica. Sin embargo, hay excepciones:

1. Ocasionalmente, el registro forense médico (el cual incluye registros médicos) y fotografía es citado por la corte y debe ser compartida.
2. Datos sin información del paciente puede ser recopilada de este reporte por objetivos forenses y de salud y compartidos con autoridades de la salud y/o otras personas cualificadas con interés educacional o científico y/o estudios epidemiológicos.

Copy: Patient

SANE Initials _____

Patient Name: _____

Centro de Agresión Sexual del Noroeste de Georgia

Consentimiento de Examinación y/o Collexion de Evidencia y Fotografía

3. El Consejo Correspondiente de la Justicia Criminal (CJCC) es responsable de administrar el Programa de Compensación de Víctimas en el Estado de Georgia (CVCP). CVCP determina la elegibilidad para los beneficios, usa información perteneciente a las fechas del abuso, la naturaleza y circunstancias en torno del abuso, y si es adecuado una declaración de la extensión de cualquier discapacidad que resultó por las lesiones o graves daños emocionales o mentales sufridos por el abuso. El CVCP conservará la confidencialidad de todos los registros recibidos.

Al firmar, estoy consciente que he leído esta autorización y que:

- Los procedimientos y servicios han sido explicados.
- Autorizo a SANE/médico(a)/médico(a) clínica que realicen los procedimientos y proveen los servicios iniciados.
- Autorizo el uso de este registro, evidencia coleccionada, y otros reportes relacionados, al mismo, para el uso de las agentes policiales y/o el Departamento de Servicios para los Niños y la Familia del Estado de Georgia y/o Servicios de Protección de los Adultos Mayores con jurisdicción de investigación pertenecientes a la declaración de este incidente.
- Entiendo que puedo retractar mi consentimiento en cualquier momento.

Firma de Paciente/Padres/Guardianes: _____

Nombre Escrito: _____

Relación con el Paciente : ☐ Mismo/a ☐ Otro: _____

Fecha: _____

SANE Signature: _____

Printed Name: _____

SANE Initials: _____

Date: _____

Copy: Patient