



Denuncia ANONIMA Sólo Para Pacientes

La Policía no recibe una copia de este formulario.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO E INFORMACION PARA VÍCTIMAS DE ASALTO SEXUAL EN COLORADO

Denuncia anónima es sólo una opción para los/las pacientes que son de 18 a 69 años. Leyes de notificación obligatoria prevenir los menores de 18 años y adultos de 70 años y mayores de reportar un asalto sexual de forma anónima.

► **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 que se haya completado.**

Agencia Policial:	Número de caso: Número de identificación único (si es diferente del número de caso)
Nombre de Oficial:	Número de teléfono:

Examen Forense Médico

► _____ **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 (ambas declaraciones deben ser rubricadas por el/la paciente)

► _____ **En este momento, estoy eligiendo hacer un reporte anónimo.** Entiendo que tendré pruebas recogidas que se almacenará de forma anónima en una agencia de la ley. Entiendo que la policía no se le dará mi nombre ni otra información de identificación. Entiendo que puedo cambiar de opinión y el informe posterior a la aplicación de la ley por proporcionar el número de identificación único que me ha dado.

► _____ Entiendo que la evidencia **NO será sometida** a un laboratorio forense para el análisis. Entiendo que puedo cambiar de opinión y posiblemente tener la evidencia analizada, pero debo proporcionar mi nombre e información de contacto a la policía. Entiendo que acuerdo con la ley solo requiere la policía mantener la evidencia un mínimo de 2 años.

Nombre de Paciente (impreso) Firma de Paciente Fecha

Nombre de Testigo/Título (impreso) Firma de Testigo Fecha