

Formulario de consentimiento y cadena de custodia para pacientes de agresión sexual

PACIENTES QUE NO SE PRESENTEN A LAS AUTORIDADES, DEJAR ESTA CASILLA EN BLANCO

Nombre del paciente -----

Fecha de nacimiento----- N.º de historial médico del hospital -----

Etiqueta del paciente aquí
PACIENTES QUE NO INFORMAN
DEJAR EN BLANCO

EXAMEN MÉDICO FORENSE

Se debe ofrecer un examen médico forense (MFE, por sus siglas en inglés) **a los pacientes que hayan revelado una agresión sexual aguda.**

- Pacientes menores de 13 años, agudo = agresión sexual que ocurrió en las últimas 72 horas
- Pacientes de 13 años o más, agudo = agresión sexual que ocurrió en las últimas 168 horas

Nada prohíbe a un proveedor médico calificado ofrecer un examen a un paciente no agudo.

Para un EMF se requieren **tanto** el consentimiento como el asentimiento del paciente. **Cualquier persona capaz de dar su consentimiento** podrá hacerlo por sí sola, incluidos los menores de edad. Si un **menor no puede dar su consentimiento**, el consentimiento podrá ser otorgado por un padre, tutor o apoderado de atención médica (POA, por sus siglas en inglés).

REQUISITO DE INFORME OBLIGATORIO

Para pacientes menores de 18 años (menores): *(a menos que esté legalmente emancipado por matrimonio o ingreso a una rama de las fuerzas armadas de los Estados Unidos)*

La ley de Illinois requiere que los profesionales de la salud informen sobre sospechas de abuso o negligencia al Departamento de Servicios para Niños y Familias (DCFS) de conformidad con la Ley de Informes de Niños Abusados y Negligentes (ANCRA).

- La edad de consentimiento para la actividad sexual es de 17 años.
- Si el agresor ocupa una posición de autoridad, confianza o es cuidador, la edad de consentimiento para la actividad sexual es de 18 años.

El DCFS debe remitir inmediatamente los informes en los que un niño es presuntamente víctima de abuso sexual a la agencia policial local para que se considere una investigación criminal u otra acción.

Para pacientes mayores de 18 años (adultos):

- La ley de Illinois requiere que los profesionales de la salud denuncien sospechas de abuso, negligencia o explotación al Departamento de Envejecimiento en los siguientes casos:
 - Cualquier paciente adulto de 60 años o más que no pueda informar o buscar protección por sí mismo.
 - Cualquier paciente adulto de 18 a 59 años con una discapacidad y que no puede denunciar ni buscar protección por sí mismo

REQUISITO DE NOTIFICACIÓN A LAS AUTORIDADES POLICIALES

La ley de Illinois requiere que los profesionales de la salud notifiquen a las autoridades policiales cuando tratan cualquier lesión sufrida como víctima de un delito penal, incluida la agresión sexual. Sin embargo, el paciente NO está obligado a hablar directamente con la policía ni a participar en una investigación.

OPCIÓN DEL PACIENTE DE DENUNCIAR A LAS AUTORIDADES POLICIALES

Entiendo que tengo opciones cuando se trata de informar a la policía:

- A. Hablar con la policía ahora
- B. Permitir que el profesional de la salud comparta información con las autoridades policiales en mi nombre y hable con ellas en otro momento.
- C. No informar a la policía. (**Nota: Si el paciente es menor de edad, DCFS lo remitirá a la policía incluso si el paciente decide no denunciarlo directamente**)

Paciente (si **puede** dar su consentimiento) -o- si **no puede** dar su consentimiento: Padre/Tutor/POA de atención médica (**marque con un círculo el rol y escriba sus iniciales aquí**)

_____ Estoy listo y quiero hablar directamente con un oficial de la ley. (Opción A)

_____ Quiero que mi profesional de la salud comparta mi información con las autoridades policiales. (Opción B)

_____ Llamaré a la policía cuando esté listo para hablar.

_____ Las autoridades pueden llamarme después de _____ día(s)

_____ NO quiero informar a la policía. (Si no se informa, no se puede probar la evidencia) (Opción C)

Original para el expediente de las autoridades policiales, copia para el historial médico del hospital, copia para el paciente.

NO SELLE ESTA PÁGINA EN EL KIT DE RECOLECCIÓN DE EVIDENCIA

ISP 6-003 (01/26)

Formulario de consentimiento y cadena de custodia para pacientes de agresión sexual

Etiqueta del paciente aquí
PACIENTES QUE NO INFORMAN
DEJAR EN BLANCO

CONSENTIMIENTO PARA EL EXAMEN MÉDICO FORENSE

Entiendo que:

- El propósito del examen médico forense es:
 - Revisar mi salud física
 - Proporcionar cualquier tratamiento médico necesario
 - Recopilar evidencia potencial, incluida documentación fotográfica
- También puede incluir pruebas para detectar infecciones, embarazo y drogas que se utilizaron para ayudar en la agresión.
- Puedo detener o saltar cualquier parte del examen en cualquier momento.
- Es posible que me hagan preguntas sobre lo sucedido y esas preguntas me ayudarán a orientar el resto del examen.
- Se podrá tomar documentación fotográfica, que podría incluir partes privadas del cuerpo. Puedo elegir qué fotos se toman.
- Las fotografías y notas de mi examen pueden ser revisadas por otro médico y/o experto.
- El examen es privado, pero si un juez lo requiere, mis fotos, notas y resultados podrían tener que ser compartidos.
- Las pruebas recogidas podrán utilizarse para una investigación.
- No se devolverán la ropa ni otros artículos entregados como prueba.
- Me entregaron el folleto del examen médico forense y me explicaron mis opciones.

Paciente (si **puede** dar su consentimiento) -o- si **no puede** dar su consentimiento: Padre/Tutor/POA de atención médica (marque con un círculo el rol y escriba sus iniciales junto a la opción elegida)

Examen médico forense	Sí: _____ No: _____
Recopilación de pruebas	Sí: _____ No: _____
Fotografías	Sí: _____ No: _____

CONSENTIMIENTO PARA PRUEBAS O ALMACENAMIENTO DE PRUEBAS

☐ NA: No se

Entiendo que puedo elegir que la evidencia recopilada se entregue a un laboratorio criminalístico para su análisis.

 Q

Puedo elegir que la evidencia recopilada se mantenga almacenada.

Si decido almacenar la evidencia, entiendo que las autoridades policiales solo están obligadas a conservar la evidencia **durante un mínimo de 10 años, o hasta mi 28° cumpleaños, si soy menor de 18 años**. Entiendo que puedo cambiar de opinión y elegir presentar un informe a la policía y entregar la evidencia para su análisis en un laboratorio criminalístico en cualquier momento antes de que finalice el período de almacenamiento de evidencia.

Paciente (si **puede** dar su consentimiento) -o- si **no puede** dar su consentimiento: Padre/Tutor/POA de atención médica (marque con un círculo el rol y escriba sus iniciales junto a la opción elegida)

- Evidencia **de prueba** (debe tener 13 años o más para dar su consentimiento para la prueba) _____
- Mantener** la evidencia almacenada (no para realizar pruebas) _____ El período de almacenamiento de evidencia finaliza el _____

FIRME LA VERSIÓN EN INGLÉS

Paciente (si **puede** dar su consentimiento) -o- si **no puede** dar su consentimiento: Padre/Tutor/POA de atención médica (marque con un círculo el rol y firme, si **NO se informa** escribir sus iniciales) Fecha/Hora

Firma del profesional de la salud Nombre impreso Fecha/Hora

Si corresponde. Nombre del intérprete ID del intérprete Fecha/Hora

Original para el expediente de las autoridades policiales, copia para el historial médico del hospital, copia para el paciente.

NO SELLE ESTA PÁGINA EN EL KIT DE RECOLECCIÓN DE EVIDENCIA

ISP 6-003 (01/26)

Formulario de consentimiento y cadena de custodia para pacientes de agresión sexual

INFORMACIÓN DE CONTACTO IMPORTANTE

Si tiene preguntas sobre los **resultados de su kit o el estado de su investigación**, comuníquese con la agencia policial que figura a continuación.

Agencia de aplicación de la ley: _____ Número de informe: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

Si tiene preguntas sobre **su examen o cualquier cosa relacionada con su atención**, puede comunicarse con el Centro de Crisis por Violación o el centro de atención médica que se indica a continuación.

Centro de Crisis por Violación: _____ Número de teléfono: _____

Contacto del centro de atención médica: _____ Número de teléfono: _____

FORMULARIOS DE DOCUMENTACIÓN MÉDICA FORENSE

☐ NA: El paciente no informa

Paciente (si **puede** dar su consentimiento) -o- si **no puede** dar su consentimiento: Padre/Tutor/POA de atención médica (**marque con un círculo el rol y escriba sus iniciales junto a la opción elegida**)

Doy permiso para proporcionar una copia de mi documentación médica forense a las fuerzas del orden. Sí: _____ No: _____

Copia de los formularios de documentación médica forense (páginas 1 a 8) entregados al representante de la ley en un sobre.
(Iniciales del profesional de la salud) _____

RECIBO DE INFORMACIÓN (completado por el profesional de la salud y el representante de las fuerzas del orden, firmado al momento de la

Certifico que los siguientes artículos fueron entregados a las autoridades policiales. (**el profesional de la salud debe escribir sus iniciales en todas las opciones que correspondan**)

_____ Kit de recolección de evidencia de agresión sexual de la Policía Estatal de Illinois (ISP, por sus siglas en inglés)

- K# _____

_____ Formulario de consentimiento y cadena de custodia del paciente en caso de agresión sexual del ISP

_____ Muestra de toxicología de orina

_____ Consentimiento de toxicología de la ISP

_____ Toallita genital externa previa a la micción (solo iniciales si está fuera del kit)

_____ Bolsas de evidencia: Número total de bolsas (_____) Describa el contenido de cada bolsa:

- _____
- _____
- _____
- _____

Pruebas transferidas desde la instalación el: _____
(Fecha/Hora)

Firma del representante policial **receptor**: _____

Identificación del oficial impresa y rango: _____ Agencia: _____

Firma del profesional de la salud **que da de alta**: _____

Nombre y cargo del profesional de la salud impresos: _____