

# Formulario de consentimiento del paciente para la recolección de pruebas y cadena de custodia del centro de traslado

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  
PACIENTES QUE NO INFORMAN  
DEJAR EN BLANCO

## 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

## CONSENTIMIENTO PARA PRUEBAS O ALMACENAMIENTO DE PRUEBAS

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

  

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**

Formulario de consentimiento del paciente para la recolección de pruebas y cadena de custodia del centro de traslado

Etiqueta del paciente  
PACIENTES QUE NO INFORMAN  
DEJAR EN BLANCO

RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN (completada por el profesional de la salud y el representante de las fuerzas del orden)

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)

NO utilice este formulario para muestras de toxicología de orina (utilice el formulario de consentimiento de toxicología del ISP)

Toallita genital externa pre-miccional

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: