

CONSENTIMIENTO PARA TOXICOLOGÍA

Etiqueta del paciente aquí
PACIENTES QUE NO INFORMAN
DEJAR EN BLANCO

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA LA RECOLECCIÓN

Para la recopilación de pruebas 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.

- **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).
- **Si un adulto no puede dar su consentimiento**, el mismo podrá ser otorgado por un tutor o un apoderado de atención médica.

CONSIDERACIONES DEL PACIENTE Y PLAZO DE RECOGIDA

Las pruebas toxicológicas son voluntarias. Usted tiene derecho a consentir o rechazar la prueba para detectar la presencia de drogas o alcohol que puedan haber sido utilizados para facilitar una agresión sexual.

Si decide hacerse la prueba, los resultados pueden identificar sustancias que se tomaron voluntaria o involuntariamente, incluidas sustancias controladas (drogas recetadas o ilegales), medicamentos de venta libre y alcohol.

Las pruebas toxicológicas relacionadas con la agresión sexual facilitada por drogas deben considerarse hasta 120 horas después del incidente. Si se recoge una muestra fuera del plazo de 120 horas, se debe informar a las autoridades policiales que la muestra se recogió fuera del plazo y el motivo de la recolección.

OPCIONES DE CONSENTIMIENTO

Complete solo UNA opción a continuación según su decisión:

- Si decide que se analice la muestra de orina, complete la sección Consentimiento para **PROBAR** la muestra de toxicología. El paciente **debe tener 13 años o más para dar su consentimiento para la prueba**. Las pruebas solo se pueden realizar si el paciente se presenta ante la policía.
- Si decide que se recolecte y conserve la muestra de orina, complete la sección Consentimiento para **CONSERVAR** la muestra de toxicología.

Evidencia de orina - Detalles de la colección

La muestra de orina de _____ fue recolectada el _____ a las _____
(Nombre de la víctima o N.º de informe policial si la víctima opta por no facilitar información personal) (Fecha) (Hora)

CONSENTIMIENTO PARA TOXICOLOGÍA

Etiqueta del paciente aquí
PACIENTES QUE NO INFORMAN
DEJAR EN BLANCO

_____ y _____ del incidente
(Fecha) (Hora)

CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE MUESTRA TOXICOLÓGICA

Yo, _____,

(Paciente (si puede dar su consentimiento) -o- si no puede dar su consentimiento: Padre/Tutor/Poder notarial de atención médica (marque con un círculo el cargo e imprima el nombre))

doy permiso para que las pruebas toxicológicas recolectadas en _____
(Nombre del hospital)

en la fecha y hora especificadas anteriormente sean **liberadas** a las autoridades policiales para que le realicen un examen toxicológico en un laboratorio forense. Doy mi consentimiento para la realización de pruebas toxicológicas y entiendo que el alcohol y todos los residuos de drogas (legales e ilegales) en la orina se revelarán en esta prueba y se reportarán. Entiendo que esta prueba es completamente voluntaria.

Firma: **FIRME LA VERSIÓN EN INGLÉS** _____ **Fecha:** _____ **Hora:** _____

(Paciente (si puede dar su consentimiento) -o- si no puede dar su consentimiento: Padre/Tutor/Poder notarial de atención médica (marque con un círculo el rol y firme))

Testigo: _____ **Fecha:** _____ **Hora:** _____

O

CONSENTIMIENTO PARA CONSERVAR MUESTRA DE TOXICOLOGÍA

Yo, _____,

(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 e imprima el nombre) o, si no proporciona información personal, ingrese **el número de informe de cumplimiento de la ley**)

doy permiso para que las pruebas toxicológicas recolectadas en _____
(Nombre del hospital)

en la fecha y hora especificadas anteriormente sean conservadas por las autoridades policiales. En este momento **no** se realizará un análisis toxicológico. Entiendo que las autoridades policiales sólo están obligadas a conservar las pruebas durante un mínimo de 10 años o hasta que la víctima menor de 18 años cumpla 28 años.

Coloque sus iniciales: _____ **Fecha:** _____ **Hora:** _____

(Paciente (si puede dar su consentimiento) -o- si no puede dar su consentimiento: Padre/Tutor/Poder notarial de atención médica (marque con un círculo el cargo y escriba sus iniciales))

El período de almacenamiento de muestras de orina finaliza el: _____

RECEPCIÓN DE PRUEBAS PARA EL ANÁLISIS TOXICOLÓGICO

CONSENTIMIENTO PARA TOXICOLOGÍA

Certifico que recibí la muestra de orina de la víctima mencionada anteriormente con fines de evaluación toxicológica o retención. Si se otorgó el consentimiento para la prueba, la evidencia debe presentarse al laboratorio forense dentro de 10 días hábiles.

(Firma del representante policial receptor)

(Número de identificación y rango)

(Fecha) (Hora)

Agencia de policía: _____ **Teléfono de la agencia:** _____

Representante del hospital que libera la muestra: _____
(Nombre en letra de imprenta) *(Firma)*