

**CONSENTIMIENTO PARA EL EXAMEN
FORENSE, CONSENTIMIENTO PARA
REVELAR LA EVIDENCIA,
DOCUMENTACIÓN FOTOGRÁFICA Y
REGISTROS, RENUNCIA AL
PRIVILEGIO MEDICO**

D. CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| ☐ SI | ☐ NO | He sido informado(a) que las víctimas de crimen pueden ser elegibles para presentar reclamos de compensación de víctima de crimen al fondo de indemnización de víctimas del crimen de Nebraska para gastos médicos pagados personalmente, asesoramiento psicológico y pérdida de salario. |
| ☐ SI | ☐ NO | He sido informado que una Enfermera Examinadora Forense, también llamada Enfermera de Agresión Sexual (SANE) o un médico, practicarán un examen forense para la evaluación y documentación de las lesiones y recolección de evidencia. Entiendo que puedo retirar el consentimiento en cualquier momento del examen. |
| ☐ SI | ☐ NO | Entiendo que esta autorización autoriza a practicar un examen forense completo, que puede incluir la colección de evidencia de un Equipo de Recolección de Evidencia de Agresión Sexual, muestras de Sangre y orina, pruebas de HIV, o de HIV y enfermedades de transmisión sexual. |
| ☐ SI | ☐ NO | Entiendo que la colección de la evidencia puede incluir fotografías forenses de las lesiones y estas fotografías pueden incluir el área genital. |
| ☐ SI | ☐ NO | Entiendo que este consentimiento autoriza compartir la información médica y forense, la evidencia y las fotografías con las agencias policiales apropiadas, agencias de protección a los niños y las agencias acusadoras. |

Deseo ser contactado/a para el seguimiento una vez completado este examen a:

- | | | |
|--|-------------------|-------|
| ☐ Teléfono | Número: | _____ |
| ☐ Mensaje texto | Teléfono Celular: | _____ |
| ☐ E-mail | Dirección E-mail: | _____ |

FIRMA DEL PACIENTE/PADRE/GUARDIÁN

Fecha

Hora

RELACIÓN: EL/LA MISMA/PADRE/GUARDIÁN

ENFERMERA FORENSE/MEDICO o N/NP/PA

PLACE PATIENT IDENTIFICATION
STICKER HERE

FORENSIC EXAMINER'S SIGNATURE