



Zestaw Część A - Napad na tle seksualnym

Formularz zgody pacjenta na gromadzenie i udostępnianie lub przechowywanie materiału dowodowego

DOŁĄCZYĆ ETYKIETĘ PACJENTA

Lub wpisać imię i nazwisko pacjenta: _____

Dodatkowe informacje

Telefon
pacjenta:

Adres e-mail pacjenta:

Nazwa
placówki:

Instrukcje: Niniejszy formularz należy stosować w przypadku, gdy pacjent lub opiekun po napaści na tle seksualnym zezwala na gromadzenie dowodów. Prosimy o umieszczenie parafki pacjenta / opiekunów w wyznaczonych liniach; pełne podpisy są wymagane na dole formularza.

Dojrzała osoba niepełnoletnia, która zgłasza się na szpitalny oddział ratunkowy, może wyrazić zgodę lub nie wyrazić zgody, bez udziału rodziców, na badanie sądowe, w trakcie opieki po napaści na tle seksualnym.

Niniejszy formularz zgody nie ma na celu opisanie wszystkich elementów medycznego badania sądowego dotyczącego napaści na tle seksualnym. W pełni świadoma zgoda musi być uzyskana od pacjenta w trakcie całego badania poprzez bieżącą komunikację słowną pomiędzy lekarzem, pacjentem i opiekunem, jeżeli taki istnieje. Formularz należy zapisać w elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta. Kopia, jeśli została wydana, może być przekazana osobie upoważniającej (pacjentowi i lub opiekunowi) oraz organom ścigania.

Zgoda na gromadzenie dowodów przestępstwa seksualnego

Zgadzam się, aby lekarz zbadał mnie i zebrał dowody napaści na tle seksualnym za pomocą *zestawu do gromadzenia dowodów przestępstwa seksualnego w Stanie Nowy Jork, część A*. Rozumiem, że może to obejmować pytania dotyczące mojej historii osobistej i medycznej, zbadanie mnie pod kątem ewentualnych obrażeń lub innych kwestii medycznych oraz pobranie próbek do celów dowodowych. Mogę również wyrazić zgodę na wykonanie zdjęć obrażeń, jeśli jest to konieczne. Dowody zostaną wykorzystane, jeśli będę chciał zgłosić przestępstwo do organów ścigania.

Rozumiem, że w każdej chwili mogę odmówić udziału w dowolnej lub wszystkich etapach badania oraz gromadzeniu dowodów. Lekarz poinformował mnie o moich prawach, dając mi kopię „Karty praw ofiar napaści na tle seksualnym w Stanie Nowy Jork” i oferując mi jej wyjaśnienie.

Przy wybranej opcji proszę umieścić swoje parafki:

Gromadzenie dowodów

Tak _____ Nie _____

Zdjęcia

Tak _____ Nie _____

... cd na stronie 2

Zgodnie z prawem Stanu Nowy Jork, przetłumaczone wersje tego dokumentu są dostępne w wyznaczonych językach pod adresem <https://www.criminaljustice.ny.gov/evidencekit.htm>

Zgoda na wydanie lub przechowywanie dowodów przestępstwa seksualnego

Mogę zdecydować o poinformowaniu organów ścigania o mojej sprawie oraz o przekazaniu organom ścigania zebranych ode mnie informacji i dowodów. Dowody mogą obejmować *zestaw do gromadzenia dowodów przestępstwa seksualnego w Stanie Nowy Jork, część A*, *zestaw do gromadzenia dowodów przestępstwa seksualnego w Stanie Nowy Jork, część B*, zdjęcia i/lub wszelkie inne osobiste przedmioty zebrane podczas badania. Organy ścigania prześlą moje dowody do laboratorium kryminalistycznego w celu przeprowadzenia badań.

Mogę też zdecydować, że nie chcę powiadamiać organów ścigania ani pozwolić, aby moje dowody i zebrane informacje zostały im przekazane. Powiedziano mi, że zebrane ode mnie dowody będą przechowywane w bezpiecznym miejscu przez 20 lat. Jeśli nie chcę, aby moje dowody zostały przekazane organom ścigania w ciągu 20-letniego okresu przechowywania, zostaną usunięte zgodnie z prawem stanowym i lokalnym.

Rozumiem, że mogę zdecydować o udostępnieniu moich dowodów organom ścigania w dowolnym momencie, aż do momentu ich usunięcia. W celu udostępnienia moich dowodów, mogę skontaktować się z lekarzem, który je zebrał organami ścigania, programami pomocy ofiarom lub z ośrodkiem, w którym są w bezpieczny sposób przechowywane. Jeśli dowody będą przenoszone, przed ich utylizacją zostaną podjęte odpowiednie kroki, aby mnie o tym powiadomić.

Rozumiem, że moje ubrania i wszelkie inne rzeczy osobiste zebrane jako dowody zostaną mi zwrócone, jeśli o nie poproszę.

Przy wybranej opcji proszę umieścić swoje parafki:

Przekazanie dowodów organom ścigania Tak _____ Nie _____
(W przypadku odpowiedzi negatywnej, dowody zostaną wysłane do długoterminowego przechowywania)

Przekazanie zdjęć organom ścigania Tak _____ Nie _____

Przekazanie innych rzeczy (określić) _____ Tak _____ Nie _____

Osobą udzielającą zgody jest: Pacjent Rodzic pacjenta Opiekun pacjenta

Inna osoba (określić): _____

Podpis osoby udzielającej zgody Imię i nazwisko wielkimi literami Data

Podpis lekarza Imię i nazwisko wielkimi literami Data

Podpis tłumacza (jeśli dotyczy) Imię i nazwisko wielkimi literami Data

Dystrybucja: Oryginał w dokumentacji medycznej pacjenta; Kopia dla pacjenta;
Kopia dla organów ścigania w przypadku powiadomienia

Nie należy umieszczać formularza zgody w pudełku Zestawu Część A

Zgodnie z prawem Stanu Nowy Jork, przetłumaczone wersje tego dokumentu są dostępne w wyznaczonych językach pod adresem <https://www.criminaljustice.ny.gov/evidencekit.htm>