



파트 B 키트 - 마약에 의한 성폭행 증거 수집 및 공개 또는 보관에 대한 환자 동의서

환자 라벨 부착 또는 환자 이름 입력: \_\_\_\_\_

Table with 4 columns: 추가 정보, 환자 전화번호, 환자 이메일, 시설명

지침: 본 양식은 성폭행 환자 또는 보호자가 성폭행 증거 수집에 동의하고 마약 성범죄 혐의가 있을 경우에 사용됩니다.

병원 응급실에 오는 성숙 미성년자는 성폭행 후 치료 과정에서 부모의 개입 없이 법의학 검사를 받는 데 동의하거나 이를 거부할 수 있습니다.

이 동의서는 성폭행 의료 법의학 검사의 모든 요소를 기술하기 위한 것이 아닙니다. 의료 제공자, 환자 및 보호자(있는 경우) 간의 지속적인 구두 소통을 통해 검사가 진행되는 동안 환자로부터 충분한 정보에 입각한 동의를 얻어야 합니다.

마약 관련 성범죄 증거 수집에 대한 동의

본인은 의료 제공자가 뉴욕주 성범죄 증거 수집 키트, 파트 B를 사용하여 혈액 및 소변 표본을 수집하도록 하는데 동의합니다.

본인은 이 검사 및 증거 수집의 일부 또는 전체에 대해 언제든지 거부할 수 있다는 것을 이해하였습니다. 의료 제공자가 본인에게 "뉴욕주 성폭행 피해자 권리장전" 사본을 저에게 전달하고 알 수 있게 설명해주어 본인의 권리에 대해 말해 주었습니다.

선택 항목 옆에 본인의 이니셜을 기입하십시오.

혈액 채취 예 \_\_\_\_\_ 아니요 \_\_\_\_\_

소변 채취 예 \_\_\_\_\_ 아니요 \_\_\_\_\_

마약 사용 성범죄 증거의 공개 또는 보관에 대한 동의는 키트 전체에 대한 파트 A 동의서에 포함되었습니다.

... 2페이지로 계속

동의 승인자:

환자

환자의 부모

환자의 보호자

기타(상세 기재): \_\_\_\_\_

승인자의 서명

정자체 이름

날짜

의료 제공자 서명

정자체 이름

날짜

통역사 서명(있는 경우)

정자체 이름

날짜

배포: 환자 의료 기록 원본, 사본은 환자에게 전달

파트 B 키트 상자에 동의서를 넣지 마십시오