NEW YORK STATE | Division of Criminal Justice Services

B 部分套件 – 毒品促成的性侵犯
证据收集和公布或储存患者同意书

贴上患者标签
或输入患者姓名： _____

附加信息			
患者电话：		患者电子邮件：	
机构名称：			

说明： 当性侵犯患者或监护人授权收集性侵犯证据**并且怀疑有毒品促成的性侵犯时**，将使用此表格。请在指定行填写患者/监护人的姓名首字母；表格底部需要完整的签名。

在性侵犯后的护理过程中，在医院急诊科就诊的具有行为能力的未成年人可以选择同意或不同意在没有父母参与的情况下接受法医检查。

本同意书并非旨在描述性侵犯法医检查的所有组成部分。在整个检查过程中，必须通过提供者、患者和监护人（如果有）之间的持续口头交流，获得患者充分的知情同意。将此表格保存在患者的电子病历中。副本可能会分发给授权人（患者和/或监护人）和执法部门（如果已公开）。

收集毒品促成的性犯罪证据的同意书

我同意让提供者使用*纽约州性犯罪证据收集套件 B 部分*收集血液和尿液样本。我了解这是为了在性侵犯检查中确定是否存在毒品。如果我想向执法部门报告犯罪行为，将使用此证据。

我了解我可以随时拒绝此检查和证据收集的任何或所有部分。提供者通过给我一份“纽约州性侵犯受害者权利法案”副本并主动向我解释该法案，告知了我的权利。

请在您的选择旁边写上您的姓名首字母：

血液采集　　是 _____ 否 _____

尿液采集　　是 _____ 否 _____

公布或储存毒品促成的性犯罪证据的同意书作为一个整体包含在同意书 **A** 部分套件中。

… 继续第 2 页

根据纽约州法律，本文件的指定语言翻译版本可在下列网站获得 https://www.criminaljustice.ny.gov/evidencekit.htm

授权同意的人是：	☐ 患者	☐ 患者的家长	☐ 患者的监护人
☐ 其他（请说明）：			

授权人的签名	正楷填写姓名	日期
医疗服务提供者的签名	正楷填写姓名	日期
口译员签名（如有）	正楷填写姓名	日期

分发：患者病历原件；给患者的副本；

不要将同意书放在 B 部分套件箱中

根据纽约州法律，本文件的指定语言翻译版本可在下列网站获得 https://www.criminaljustice.ny.gov/evidencekit.htm