

ORGANO JUDICIAL SOLICITANTE:

LUGAR, FECHA Y HORA DE LA EXPLORACION:

CONSENTIMIENTO PARA EXPLORACION Y TOMA DE MUESTRAS EN RELACIÓN CON DELITOS CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL

Consentimiento

D./^a _____, con DNI/NIE _____.

(si es menor o persona con discapacidad añadir los datos del representante legal),

DECLARO:

Que he sido informado/a de los aspectos que abarca la exploración y de la finalidad de la misma, que comprendo dicha información, que puedo revocar⁽¹⁾ mi consentimiento para la totalidad y/o para cualquiera de las fases del reconocimiento, y que he podido formular las preguntas que he considerado oportunas, por lo que **DOY MI CONSENTIMIENTO** para la realización de:

SI NO La exploración física, incluida la región genital.

SI NO La extracción de muestras biológicas o fluidos corporales.

SI NO La realización del registro fotográfico y/o videográfico.

SI NO El acceso a los datos de la Historia Clínica.

SI NO Otras (especificar):

Firma de la persona explorada (o de su representante legal)

Fecha:

Revocación del Consentimiento

Yo, D./^a _____ de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención médico forense:

Firma de la persona explorada (o de su representante legal)

Fecha: