

FORMULARIO DE PAGO DE EXAMEN MÉDICO FORENSE

FORENSIC EXAMINATION PAYMENT FORM

- ✓ Este formulario debe ser entregado con una factura firmada en la cual se detallan por código y costos individuales los procedimientos y tratamientos efectuados al paciente. *(This form must be delivered with a signed invoice in which the procedures and treatments performed on the patient are detailed by code and individual cost.)*
- ✓ Además, debe someterse con copia de la documentación correspondiente para evidenciar que se llevó a cabo el examen médico forense. Dicha evidencia debe incluir como mínimo los documentos que sustenten que se realizó: (1) un examen para determinar trauma físico; (2) un examen para determinar penetración (puede ser examen físico, colposcopia o ácido acético, entre otras); (3) entrevista al paciente; (4) recolección y evaluación de prueba médico forense (incluye prueba para la detección de enfermedades de transmisión sexual). *(In addition, a copy of the corresponding documentation must be submitted to prove that the forensic medical examination was carried out. Said evidence must include at least the documents that support that was carried out: 1) an examination to determine physical trauma; 2) an examination to determine penetration (it can be a physical exam, colposcopy, or acetic acid, among others); 3) patient interview; 4) collection and evaluation of forensic evidence (includes testing for the detection of sexually transmitted diseases).*
- ✓ Asimismo, debe incluirse como documento de identidad del hospital o entidad que realiza el examen el Certificado de Cumplimiento (Good Standing) que emite el Departamento de Estado. *(Likewise, the Certificate of Compliance (Good Standing) issued by the Department of State must be included as an identity document of the hospital or entity that performs the exam.)*

Nombre Completo del Paciente: _____			
Patient's Full Name	Dos apellidos (Last Name)	Nombre(Name)	Inicial(Middle Name)
Nombre del Padre o Custodio Legal: _____		Teléfono: _____	
Parent or Legal Representative's Name		Phone Number	
Fecha de Nacimiento del Paciente: _____		Seguro Social del Paciente: _____	
Patient's Date of Birth	Día/Mes/Año (Day/Month/Year)	(Patient's SSN)	
Dirección Física del Paciente: _____			
Patient's Physical Address	Calle/Apt./Urb. (Street/Apt./Urb.)	Ciudad(City) Estado(State)	Código Postal (Zip Code)
Fecha de la Agresión: _____		Ubicación del Crimen: _____	
Date of Assault	Día/Mes/Año (Day/Month/Year)	Crime Location	Ciudad(City) Estado(State)
Número de Querrela ¹ : _____			
Police Report Number			
Favor de marcar el encasillado que mejor describa el crimen que ocurrió:			
<input type="checkbox"/> Agresión Sexual de Adulto (21 años o más)		<input type="checkbox"/> Agresión Sexual de Menor (20 años o menos)	
<i>Please check the box below that best describes the type of crime that occurred:</i>			
<input type="checkbox"/> Adult Sexual Assault (21 years of age or older)		<input type="checkbox"/> Child Sexual Assault (20 years of age and under)	

Fecha del Examen Médico Forense: _____ Se llevó a cabo un examen médico forense previo Sí(Yes) No(No)

Date of Forensic Exam Día/Mes/Año (Day/Month/Year) Si contestó que sí, indique (If you answered yes indicate):

Fecha del examen previo(Date of previous exam): _____
Hospital donde se realizó (Hospital where it was performed): _____

Nombre del Hospital: _____ Seguro Social Patronal: _____
Hospital Name Employer ID Number

Dirección del Hospital: _____
Hospital's Physical Address Calle/Apt./Urb. (Street/Apt./Urb.) Ciudad(City) Estado(State) Código Postal(Zip Code)

Persona Contacto de Facturación: _____ Título: _____
Billing Contact Person Job Position

Teléfono: _____ Número de Fax: _____ Correo electrónico: _____
Phone Number Fax Number Email Address

Nombre y firma de la persona responsable de Facturación
Name and Signature of Person Responsible from Billing Department)

Fecha
(Date)