 **Sampson County CAC**

 **309 E. Main Street, Clinton, NC 28328**

 **910-490-9100**

Consentimiento/Autorización para una Entrevista Forense

Nombre entero del paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_fecha de nacimiento del paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tengo autoridad para consenter a la evaluación del menor mencionado anteriormente

como:

\_\_\_\_\_\_\_\_ El padre del niño/a

\_\_\_\_\_\_\_\_ El tutor legal o custodio del niño/a

\_\_\_\_\_\_\_\_ Director del DSS actuando de confirmidad con una judicial de confomidad con N.C.G.S 7B-505.1 (b)

Por la presente autoriza al Centro De Defensa Infantil del condado de sampson a realizer una entrevista forense con el niño/a mencionado anteriormente. Reconozco que la evaluación se usa para tomar decisiones con respect a denuncias de abuso físico, sexual y/o negligencia.

Entiendo que esta entrevista será observada por otros profesionales que trabajan en este caso. También entiendo que la entrevista será grabada. Esta grabación se almacenará en un archive bloqueado en el Centro De Defensa Infantil del condado de Sampson y solo se entregará a la agencia de aplicación de la ley que investiga. Entiendo que no se me permitira observar la entrevista.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de paciente o persona legalmente autorizado/a Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con el paciente Firma del testigo