

Instrucciones de alta para casos de agresión sexual de adolescentes y adultos

(Por favor, guarde esta información en un lugar seguro para futuras referencias)

Fecha del examen: _____ Examinador: _____
 Centro de cuidado médico donde se llevó a cabo el examen:

N.º de kit de SEGURIDAD DE LA OSP: _____

Puede ingresar su número de kit en el sitio web de rastreo de kits de la Policía del Estado de Oregon (*Oregon State Police, OSP*) para saber a dónde fue transferido o retenido: <https://trackit.osp.oregon.gov>. En el sitio web no se comparte información identificatoria.

N.º de caso en agencia policial: _____ **N.º de contacto:** _____

Agencia policial: _____

Persona de contacto: _____

Se entregaron recursos locales para la planificación de seguridad, el asesoramiento y la línea telefónica para casos de crisis. **Agencia de defensoría:** _____

N.º de contacto _____

- Le recomendamos que se comuniquen con un defensor para hacer arreglos antes de reunirse con las autoridades.

Evidencia recogida con fines de investigación

Tenga en cuenta: La evidencia puede ser transferida a una agencia policial diferente en función de la jurisdicción.

Evidencia recogida solo para almacenamiento*

***Importante:** La evidencia se entrega a la policía sin que su identidad sea revelada y se almacenará de forma anónima durante 60 años. **No** se enviará al laboratorio forense de OSP para su análisis a menos que se haga un reporte. Usted puede optar por hacer un reporte a las autoridades en cualquier momento. Después de 60 años, las pruebas pueden ser destruidas. Si desea iniciar un reporte para las autoridades, usted puede ir directamente a la agencia policial mencionada anteriormente. **Ellos querrán saber el número de caso y el número del kit así que tráigalos con usted.**

No se ha recogido una evidencia

Solo pruebas médicas

Medicamentos para la prevención del embarazo

Proporcionamos información por escrito sobre los anticonceptivos de emergencia, la cual fue revisada verbalmente con usted. Después de la consulta, usted:

- Recibió los medicamentos Rechazó los medicamentos
 No se indicaron medicamentos

Recomendamos realizar pruebas de seguimiento para el embarazo en 2 semanas si no tomó anticonceptivos de emergencia hoy, o si no llega su próximo período menstrual.

Prevención de infecciones de transmisión sexual

- Prevención de gonorrea: Ceftriaxona 500 mg Otro _____
 Prevención de clamidia: Doxiciclina 100 mg dos veces al día por 7 días Azitromicina 1 gm Otro _____
 Prevención de vaginosis/tricomoniasis: Flagyl 500 mg dos veces por día por 7 días Flagyl 2 gm Otro _____
 Otro _____

Profilaxis después de una exposición al VIH

- Usted **NO** recibió una profilaxis contra el VIH hoy
- Le recomendamos que reciba pruebas de referencia de anticuerpos del VIH que se pueden hacer con su médico de cabecera o en una clínica de cuidado médico del condado dentro de 2 semanas.
 - Le recomendamos que realice un seguimiento a las 6 semanas y a los 3 meses para consejería y pruebas del VIH.
 - Le recomendamos que practique relaciones sexuales seguras usando un condón durante los próximos 3 meses.
- Usted **SÍ** recibió una profilaxis del VIH hoy
- Vea las instrucciones para tomar medicamentos contra el VIH y el cuidado de seguimiento.
 - Hoy recibió una prueba de referencia del VIH.
 - Por favor, atiéndase con el médico enlistado en su resumen después de la visita.

Prevención de la hepatitis B

- Usted **RECIBIÓ** la vacuna contra la hepatitis B hoy. Le recomendamos hacer un seguimiento con su médico de cabecera para el resto de la serie de vacunas.
 Usted **NO** recibió la vacuna contra la hepatitis B hoy. Le recomendamos que haga un seguimiento con su médico de cabecera para evaluar la necesidad de vacunas.

Otros medicamentos

- Vacuna antitetánica: _____ Hoja de información de los CDC entregada
- Vacuna para el virus del papiloma humano: _____ Hoja de información de los CDC entregada
- Náuseas: _____
- Dolor: _____
- Otro: _____

Cuidado de seguimiento

Le recomendamos un seguimiento en los próximos 2-4 días con el siguiente proveedor médico: _____

- Considere un seguimiento adicional para las pruebas de sífilis, vacunación contra el VPH, etc.

Referencias

El Fondo SAVE cubre el costo de 5 sesiones de consejería, ya sea que usted reporte a la policía o no. **Valerie Smith, Coordinadora del Fondo SAVE** de la División de Servicios para Víctimas del Crimen se comunicará con usted a través de la información de contacto que proporcionó para darle más detalles sobre cómo programarlas. Si desea comenzar a establecer sesiones y aún no ha recibido una respuesta de la coordinadora, **puede comunicarse con ella** en save@doj.state.or.us o al 503-378-5348 y ella le asistirá.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____ Hora: _____