

## Parte agraviada

Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido PRIMER NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Dirección \_\_\_\_\_  
NÚMERO CALLE

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Nº. Teléfono principal ( \_\_\_\_\_ ) Otro nº. de teléfono ( \_\_\_\_\_ )

## Persona (o institución) que supuestamente ha cometido la violación

Nombre de la persona \_\_\_\_\_  
Apellido PRIMER NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Nombre de la institución \_\_\_\_\_  
NÚMERO CALLE

Dirección \_\_\_\_\_  
CITY ESTADO CÓDIGO POSTAL

Nº de teléfono ( \_\_\_\_\_ )

## Persona que completa el formulario (si no es la Parte agraviada)

Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido PRIMER NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE

Dirección \_\_\_\_\_  
NÚMERO CALLE

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Nº. Teléfono principal ( \_\_\_\_\_ ) Otro nº. de teléfono ( \_\_\_\_\_ )

## Breve descripción de la violación (utilice más hojas si es necesario)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Marque la casilla si adjunta otras hojas:  Cantidad de hojas \_\_\_\_\_

\* El Artículo 27 de la Ley de salud pública del estado de Nueva York exige que la información relacionada con el SIDA o VIH, incluso si una persona se ha hecho una prueba de VIH o el resultado de una prueba relacionada con el VIH, sea confidencial.

Firma del denunciante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Enviar el formulario completo a: **NYS Department of Health, AIDS Institute, Special Investigation Unit, 90 Church Street, New York, NY 10007**