

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, ESP, Corning Tower – Room 308, Albany, NY 12237**