



Consentimiento informado de la prueba del VIH

Doy mi consentimiento para una prueba de inmunodeficiencia humana (VIH), que es para determinar si una persona está infectada con el virus, que causa el SIDA.

Entiendo que:

1. La prueba de sangre para el VIH no es 100% precisa y, a veces, produce resultados falsos positivos o falsos negativos.
2. Más de un análisis de sangre puede ser necesario para confirmar resultados positivos.
3. La información que me identifique y los resultados de las pruebas serán confidenciales y solo aquellos requeridos o permitidos por la ley conocerán los resultados y mi identidad.
4. Los resultados de mi prueba de VIH se pueden divulgar a aquellos a quienes autorizo por escrito para que vean o copien mi registro médico.
5. Se me proporcionarán los resultados de la prueba y la oportunidad de recibir asesoramiento de mi médico posterior a la prueba.

Reconozco que he recibido información sobre medidas para la prevención, exposición y transmisión del VIH.

Fecha

Hora

Firma del paciente / Tutor Legal

Fecha

Hora

Testigo

PHYSICIAN ACKNOWLEDGEMENT

He brindado asesoramiento previo a la prueba, incluidas medidas para la prevención, la exposición y la transmisión del VIH, y el derecho al tratamiento confidencial de los resultados de la prueba y la identidad del paciente según lo estipulado por la ley. Después de explicar los resultados al paciente, le daré la oportunidad de recibir asesoramiento posterior a la prueba

Fecha

Hora

Firma del Médico