



## CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR LA PRUEBA DEL VIH

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Reconozco que he recibido información con respecto a la prueba del VIH, un virus que ha sido asociado al Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirido (AIDS). He sido informado acerca de la naturaleza de las pruebas de sangre para la detección del virus, así como también sus beneficios y riesgos.

Entiendo que la información que me ha sido proporcionada y la prueba de sangre para detectar el VIH no son 100% seguras: las pruebas de sangre algunas veces dan resultados falsos positivos o falsos negativos. Yo me doy cuenta también que una prueba positiva de VIH, significa que una persona ha sido infectada probablemente con el virus, pero no significa necesariamente que esta persona lo desarrollara.

Reconozco que si una persona desarrolla el virus, o se enferma con el virus, esa persona infectada todavía le puede transmitir el virus a otra gente que quizás se enferme. Por lo tanto, el conocimiento acerca de la presencia de la infección es importante, para proteger a las personas que tienen contacto directo conmigo.

Reconozco que esos resultados de la prueba de VIH, llegaran a ser parte de mi registro como paciente, y que este registro estará disponible a miembros del hospital y al personal médico que están implicados en mi tratamiento, a otros individuos en el hospital que requieran de acceso al registro para propósitos administrativos, y a las compañías de seguros. Sin embargo, el contenido de mi registro médico no será revelado a terceros, a menos que haya un permiso escrito para la revelación del registro médico o si es requerido por la ley.

Entiendo que seré notificado de los resultados de la prueba y que recibiré consejo de la post-prueba. Con base en esto, yo por la presente doy consentimiento para que me realicen la prueba del VIH.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del paciente

Fecha

\_\_\_\_\_

Testigo