



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRUEBA DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

**NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE:**

\_\_\_\_\_

**IDENTIFICACIÓN:** \_\_\_\_\_ **C.C. TI** \_\_\_\_\_ **RC** \_\_\_\_\_ **CE** \_\_\_\_\_ **OTRO** \_\_\_\_\_

Declaro que el doctor \_\_\_\_\_  
Me explicó que el propósito inicial de esta prueba es ayudar a determinar mi condición de salud, también puede guiar el tratamiento de personas trabajadoras de la salud que hayan tenido contacto con mi sangre u otros fluidos corporales, esta prueba también se utiliza para determinar que yo pueda ser donante de sangre; para la realización de la prueba sólo se requiere de una muestra de sangre.

Entiendo que un resultado positivo indica una alta probabilidad de presencia del VIH en mi sangre. También entiendo que un resultado positivo no indica conclusivamente que estoy infectado con el VIH puesto que existen falsos positivos. Igualmente un resultado positivo no indica que tengo SIDA, ni que desarrollaré SIDA en el futuro.

Acepto que de tener un resultado positivo inicialmente, se debe realizar una prueba confirmatoria para verificar el resultado.

Entiendo y acepto que si tengo un alto riesgo de infección por el VIH, un resultado negativo no implica que no tenga el virus en mi sangre, ni que yo no pueda infectar a otra persona.

Comprendo que se hará todo esfuerzo razonable para mantener la confidencialidad del resultado de esta prueba.

Acepto que los resultados de las pruebas realizadas queden en el laboratorio, y en mi historia clínica, de acuerdo con la ley y observando la relación médico-paciente. Ésta información es confidencial y no será divulgada sin autorización expresa y por escrito de mi parte.

Confirmando que he tenido oportunidad de preguntar, que he sido escuchado, y que han quedado resueltas todas mis dudas respecto a la prueba del VIH.

Declaro por todo lo anterior que doy este consentimiento para que se me realice la prueba de inmunodeficiencia humana (VIH), voluntariamente y sin ninguna presión

**Lugar y fecha:** \_\_\_\_\_

**El médico:** \_\_\_\_\_

**El paciente:** \_\_\_\_\_ **c.c** \_\_\_\_\_

**El representante legal, familiar o acompañante** \_\_\_\_\_ **c.c** \_\_\_\_\_