

Autorización voluntaria para realizar la prueba VIH (Decreto 15437/97 del ministerio de salud por el cual se reglamenta los mecanismos de prevención, diagnóstico, manejo y reporte epidemiológico de la infección por VIH)

Nombre del paciente: _____ Ciudad: _____

Tipo de identificación: C.C. C.E. T.I. PA Otro: _____ No. de identificación: _____

Fecha: **AAAA MM DD**

Yo _____ identificado con C.C / T.I / RC número _____

Certifico que:

- He recibido información sobre el propósito, beneficio, interpretación, limitaciones y riesgos de la prueba.
- He recibido la asesoría pre-prueba, con el fin de realizarme el examen de laboratorio para detectar la infección por VIH.
- Para la entrega del resultado indistintivamente del mismo recibiré otra asesoría denominada post-prueba.
- He discutido el procedimiento a seguir con la persona que me realizó la asesoría, lo he comprendido y estoy de acuerdo.
- La prueba presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y cuyo resultado, en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba confirmatoria para VIH (Western Blot o Carga Viral HIV).
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado para la toma de la muestra que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, es de carácter confidencial.
- Entiendo que la toma de muestra para la prueba de detección del VIH es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento anterior a la toma de la muestra de la sangre.

Asesoría PRE-TEST

Firma paciente / acudiente

Número de documento

Firma profesional

Número de documento

AAAA MM DD

Fecha asesoría PRE-TEST

Asesoría POST-TEST

Firma paciente / acudiente

Número de documento

Firma profesional

Número de documento

AAAA MM DD

Fecha asesoría POST-TEST