

## Consentimiento para prueba de anticuerpos del VIH



Me han informado que mi médico ha ordenado un análisis de sangre que detectará la presencia o ausencia de anticuerpos en mi sangre del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el cual es el posible agente causal del Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Comprendo que el análisis se realiza mediante la extracción de sangre y utilizando una sustancia para analizar la sangre.

El análisis de evaluación actualmente utilizado (como en todos los análisis de evaluación) puede indicar que una persona posee anticuerpos del virus cuando la persona no los tiene (falso positivo) o no detectar que una persona tiene anticuerpos del virus cuando la persona posee el virus (en general, inmediatamente después de la exposición), lo cual se conoce como falso negativo. Comprendo que si los resultados del análisis de control inicial son positivos, se realizarán más análisis (confirmatorios) para confirmar o refutar los resultados del análisis inicial. Los resultados de la prueba del VIH se colocarán en mis registros médicos.

Me han informado que si tengo alguna pregunta con respecto a la naturaleza del análisis de sangre, sus beneficios esperados, sus riesgos y los análisis alternativos, podré realizar dichas preguntas antes de tomar la decisión de prestar mi consentimiento al análisis de sangre.

Comprendo que los resultados de este análisis de sangre son confidenciales y que sólo se divulgarán a aquellos profesionales de la atención médica que son responsables de mi atención y tratamiento, a cualquier trabajador de la salud expuesto a mi sangre o fluidos corporales durante el transcurso de mi atención, a los médicos de estos trabajadores de la salud y a toda persona y organización a la cual se le haya dado por ley acceso y quienes, a su vez, deben mantener mi información del registro médico confidencial. Ninguna persona podrá extender la divulgación de los resultados de mi análisis de VIH sin mi consentimiento para esta divulgación por separado (Código de Indiana 16-1.9-5.7).

\_\_\_\_\_ He leído y comprendo la información brindada acerca del VIH y del análisis del VIH. Si me encuentro imposibilitado de leer y comprender esta información, mi proveedor de atención médica ha explicado esta información.

\_\_\_\_\_ Presto mi consentimiento para la extracción de sangre para el análisis de anticuerpos del VIH.

**O**

\_\_\_\_\_ Rechazo el ofrecimiento para el análisis de anticuerpos del VIH.

\_\_\_\_\_  
*Firma del paciente*

\_\_\_\_\_  
*Fecha/Hora*

\_\_\_\_\_  
*Testigo*

\_\_\_\_\_  
*Fecha/Hora*

\_\_\_\_\_  
*Nombre en letra de imprenta*

