

## Formulario de consentimiento con conocimiento para hacerse pruebas de detección del VIH

Mi profesional ha respondido todas mis preguntas sobre el VIH/SIDA. Me han brindado información sobre las pruebas de detección del VIH que incluye lo siguiente:

- El VIH es el virus que causa el SIDA y puede contagiarse mediante el sexo (vaginal, anal u oral) sin protección con un portador del VIH o el contacto con sangre cuando se comparten agujas (para hacerse perforaciones o tatuajes o cuando se usan utensilios con agujas para inyectarse drogas). Las mujeres embarazadas infectadas con el VIH pueden contagiar al bebé durante el embarazo o el parto o cuando lo amamantan.
- Hay tratamientos para el VIH/SIDA que pueden ayudar al paciente a mantenerse saludable.
- Las personas con VIH/SIDA pueden tomar medidas más seguras para proteger a las personas no infectadas e infectadas a su alrededor para que no se infecten o se infecten con diferentes cepas del VIH.
- La prueba es voluntaria y puede hacerse en forma anónima en un centro público de pruebas.
- La ley protege la confidencialidad de los resultados de las pruebas para la detección del VIH y otra información relacionada.
- La ley prohíbe la discriminación de las personas según su estado de salud con respecto al VIH y se ofrecen servicios para ayudar en dichos casos de discriminación.
- Las leyes permiten que el consentimiento con conocimiento de una persona para que le hagan análisis de detección del VIH continúe siendo válido para dichas pruebas hasta que dicho consentimiento sea suspendido por la persona a quien le hacen la prueba de detección o hasta que venza según sus términos y condiciones.

Acepto que me hagan una prueba para detectar el VIH. Si los resultados demuestran que tengo el VIH, acepto que hagan otras pruebas con la muestra que entrego hoy para determinar cuál será el mejor tratamiento para mí y ayudar en la conducción de programas de prevención del VIH. También acepto someterme a otras pruebas en el futuro para orientar mi tratamiento. Entiendo que puedo cancelar mi consentimiento para la realización de otras pruebas en el futuro. Si los resultados demostraran que estoy infectado con VIH, entiendo que mi proveedor de atención médica me sugerirá advertirles a las personas con quienes haya mantenido relaciones sexuales o compartido agujas que pueden haber estado expuestas al VIH.

Podré cancelar mi consentimiento en forma oral o escrita en cualquier momento. Mientras este consentimiento tenga vigencia, mi proveedor puede realizar otras pruebas sin pedirme que firme otro formulario de consentimiento. En tales casos, mi proveedor me dirá si se me harán otras pruebas para la detección del VIH y los registrará en mi expediente clínico.

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

Firma: \_\_\_\_\_  
Paciente o persona autorizada para dar el consentimiento

Nº de expediente clínico: \_\_\_\_\_