

**CONSENTIMIENTO INFORMADO- PRUEBA DE ANTICUERPOS PARA (VIH) EN MENOS DE 14 AÑOS O MÁS, NO ACOMPAÑADOS POR PADRES O REPRESENTANTE LEGAL
A-TIC-HC-MA-001-PR-003-FO-017 VI 31-01-2022**

- **Propósito y Beneficio de la Prueba**

La prueba que se le va a realizar cuyo nombre es Prueba de Anticuerpos para VIH, se utiliza para precisar si una persona está infectada o no con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), agente causal del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). El propósito de practicar esta prueba es determinar si presenta o no infección por el VIH.

- **Interpretación de la Prueba**

El primer paso que se llevará a cabo es examinar su sangre utilizando la Prueba de Anticuerpos para VIH, cuyo resultado puede leerse como REACTIVO, ZONA GRIS O NEGATIVO. En caso de obtenerse un resultado reactivo o en zona gris, antes de entregar su reporte, será necesario tomar una nueva muestra para repetir el procedimiento del laboratorio y realizar una segunda prueba. Si el resultado de la segunda prueba es similar o divergente, significa que usted debe recibir un concepto médico para definir una conducta diagnóstica.

- **Limitaciones de la Prueba**

Las pruebas de laboratorio son bastante confiables. Sin embargo, como en otras pruebas realizadas en sangre, algunos resultados podrían ser FALSOS POSITIVOS. Un Falso Positivo significa que la prueba presuntiva (Prueba de Anticuerpos para VIH por Inmunoensayo) es positiva, pero en las siguientes pruebas son NEGATIVAS. En este caso, la prueba presuntiva indicaba la presencia de anticuerpos contra el VIH cuando en realidad no los hay.

También se obtienen resultados FALSOS NEGATIVOS en los cuales no se detectan anticuerpos contra el VIH en la prueba presuntiva (Prueba de Anticuerpos para VIH por Inmunoensayo), aun cuando en realidad el virus está presente. Esto sucede cuando la prueba se realiza durante el PERÍODO DE VENTANA INMUNOLÓGICA, es decir que cuando se hace la prueba aún no ha pasado suficiente tiempo desde el momento en que se adquirió la infección y, por lo tanto, no existen aún suficientes anticuerpos que puedan ser detectados por una Prueba de Anticuerpos para VIH por Inmunoensayo.

Es posible que en la prueba presuntiva y la segunda prueba se presenten resultados NO CONCLUYENTES, ello significa que no hay seguridad de que la persona esté realmente infectada y se hace necesario de un concepto médico para definir una conducta diagnóstica.

Tenga en cuenta que la prueba no puede predecir si se permanecerá saludable, se presentarán síntomas o si se desarrollará el SIDA, es decir, el conjunto de síntomas y signos generados por el compromiso del sistema de defensa de una persona como consecuencia de la infección por el VIH.

En caso de que su diagnóstico sea reactivo requerirá de evaluaciones médicas periódicas y de exámenes adicionales para ayudar a determinar el riesgo que usted tiene de presentar problemas de salud como resultado de la infección por VIH.

- **Riesgos de la Prueba**

Algunas personas cuando se les informa que tienen pruebas de Anticuerpos por inmunoensayo y/o Western Blot para VIH, positivas o indeterminadas pueden llegar a presentar fuertes reacciones emocionales. Por esta razón si sus pruebas son positivas, le recomendamos informar a sus padres o representantes legales acerca de los resultados del examen, con el fin de recibir el apoyo requerido.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO- PRUEBA DE ANTICUERPOS PARA (VIH) EN MENOS DE 14 AÑOS O
MÁS, NO ACOMPAÑADOS POR PADRES O REPRESENTANTE LEGAL
A-TIC-HC-MA-001-PR-003-FO-017 VI 31-01-2022**

● **Entrega de Resultados**

Los resultados de estos exámenes se me entregarán personalmente presentando el respectivo documento de identidad. No se entregarán resultados a padres o representante legal, a menos que yo haya autorizado a través de este consentimiento. En caso de presentar alguna anormalidad en mis resultados la Dirección Médica del laboratorio analizará la pertinencia de entregar mis resultados a mi médico tratante y si no es posible, a padres o representante legal, siguiendo la normatividad nacional con relación a la confidencialidad de la historia clínica.

● **Autorización del procedimiento:**

Yo _____ Identificado con _____
número _____. Autorizo al personal de CECIMIN S.A.S. realizar las pruebas
para diagnóstico de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en mí.

He sido informado(a) que por ser menor de edad y en caso de que los resultados de mis exámenes sean positivos, por razones de carácter sanitario, mi médico tratante podrá revelar los resultados de mi examen a mis padres o a mis representantes legales.

Declaro que he leído (o que se me ha leído) el documento que contiene información sobre el propósito y beneficio de las pruebas para detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos, y entiendo su contenido. Comprendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomada la muestra. En caso de manifestar que no consiento la realización del examen o de no firmar este documento la prueba no será tomada o realizada.

He sido informado(a) de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados. Al igual que sobre la obligación que tiene el Laboratorio de reportar los resultados a los Organismos Oficiales de Vigilancia y Control.

Con estas consideraciones manifiesto que me someto en forma libre e informada a la toma de la muestra para realizar la Prueba de Anticuerpos para VIH y a su procesamiento y me comprometo a seguir las indicaciones impartidas relacionadas con mis deberes de autocuidado y seguimiento de mi salud con mi médico tratante o los profesionales del Programa de la Institución. De igual manera me comprometo a reclamar el resultado del examen en el laboratorio con el fin de llevarlo a mi médico para que sea interpretado.

Por medio de este consentimiento Autorizo _____ No autorizo _____ a entregar mis resultados a mis padres o representante legal, en caso de que no venga personalmente a reclamarlos.

Firma del usuario _____

Teléfono fijo: _____ Celular: _____

ESPACIO PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO



**CONSENTIMIENTO INFORMADO- PRUEBA DE ANTICUERPOS PARA (VIH) EN MENOS DE 14 AÑOS O MÁS, NO ACOMPAÑADOS POR PADRES O REPRESENTANTE LEGAL
A-TIC-HC-MA-001-PR-003-FO-017 VI 31-01-2022**

Nombres y apellidos de quien verifica la información del paciente y toma la muestra (Sello)_____

Sede _____ Ciudad _____

Fecha en el que se firma _____

Número de ingreso _____

DISENTIMIENTO:

En caso de **NO** querer realizar la prueba, usted puede firmar el siguiente disentimiento teniendo en cuenta que este examen ha sido solicitado por su médico para determinar su estado de salud

Yo _____ identificado@ _____ con documento de identidad _____, de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para realizar esta prueba. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para mi salud.

Firma del paciente: _____

Número de documento de identidad: _____

Fecha en que se firma: _____ de _____ de _____, en la ciudad de
Día Mes Año