

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO PARA REALIZACION DE PRUEBA DE VIH

El presente documento tiene como objetivo que usted, luego de haber recibido información, manifieste de manera libre y voluntaria, a través de su firma, la autorización o rechazo para realizarse prueba de VIH.

Nombre del paciente: _____ sexo: F ___ M ___
Edad: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

El objetivo de esta prueba es determinar que personas que se encuentren infectadas, por el VIH, ya sea porque existe un antecedente de riesgo (haber tenido relaciones sexuales penetrativas o compartido agujas, haber recibido transfusiones de sangre u otros componentes sanguíneos, haber sido receptor de trasplantes, haber tenido contacto con fluidos corporales vaginales o semen), porque hay condiciones clínicas que a juicio del médico la ameritan, o por estar involucrado en accidentes con riesgo biológico.

Se me explicó que el primer paso es examinar la sangre utilizando una prueba presuntiva, y que, si esta resulta POSITIVA, será necesario realizar una prueba complementaria o confirmatoria que es la que finalmente comprueba el diagnóstico.

He sido informado(a) por el personal del LABORATORIO MEDICO DE REFERENCIA del procedimiento mediante el cual recibiré los resultados de la prueba, y se me ha garantizado que el Laboratorio, de acuerdo a lo establecido por la ley, tomará las medidas necesarias para proteger la confidencialidad de dichos resultados. Que la información recibida ha sido comprensible para mí, y he tenido oportunidad para hacer preguntas sobre la realización de la prueba y me han aclarado todas las dudas e interrogantes que he manifestado al respecto.

Riesgos en la toma de muestras: La prueba se va a realizar en sangre, al puncionar la vena se puede presentar eritema en el sitio de venopunción, dolor en la fosa ante cubital y hematoma, por favor siga las instrucciones que le va a dar el personal que va a tomar la muestra para evitar estos riesgos.

Beneficios de la prueba: **Detección temprana:** Permite identificar si una persona está infectada con el VIH en las etapas iniciales, incluso antes de que aparezcan síntomas. Esto es fundamental para recibir tratamiento a tiempo. **Acceso a tratamiento y atención médica:** Si la prueba es positiva, se puede comenzar con medicamentos antirretrovirales que ayudan a controlar el virus, mejorar la calidad de vida y reducir la transmisión a otras personas. **Prevención de la transmisión:** Conocer tu estado te ayuda a tomar medidas para evitar transmitir el virus a otras personas, protegiendo tu salud y la de quienes te rodean. **Promueve la salud pública:** La realización de pruebas de VIH ayuda a controlar y reducir la propagación del virus en la comunidad, contribuyendo a una sociedad más saludable

Alternativas de la prueba: Prueba de anticuerpos en saliva: Algunas pruebas rápidas utilizan una muestra de saliva para detectar anticuerpos contra el VIH, siendo una opción no invasiva y fácil de realizar

Yo _____ identificado(a) con cedula de ciudadanía número _____ declaro que he sido enterado del contenido del presente documento y estando de acuerdo con él, SI _____ NO (disentimiento) _____ doy mi consentimiento para el análisis de VIH en sangre.

Autorizo que la entrega de mi resultado en caso de ser NO REACTIVO sea a través de mi correo electrónico _____ Publicado en la página Web _____ Personal impreso

Firma _____ CC _____
Fecha _____

Menores de 14 años y/o paciente con discapacidad para comprender la información y/o para firmar:

Yo _____ actuando según lo establecido por la ley, como responsable de _____ declaro que he sido enterado del contenido del presente documento y estando de acuerdo en él, SI _____ NO (disentimiento) _____ doy mi consentimiento para el análisis de VIH en sangre.

Entrega de resultado:

Autorizo que la entrega de mi resultado en caso de ser NO REACTIVO sea a través de mi correo electrónico _____ Publicado en la página Web _____ Personal impreso

Firma _____ CC _____
Fecha _____

Profesional que informa: _____ Fecha _____
Auxiliar o profesional que toma la muestra: _____ Fecha _____

Modificación	Versión	Fecha
Se adiciona el disentiimiento y el espacio para los menores de edad	01	Diciembre-2022
Se adiciona riesgo, profesional que informa y auxiliar o profesional que toma la muestra.	02	Septiembre-2023
Se adiciona los beneficios y las alternativas de la prueba. Se modifica el consentimiento informado para menores de edad por menores a 14 años.	03	Agosto-2025