MODELO S.A. Documento de Información 1305 / 4302005 de Tucumán y Consentimiento

Nombr	e del paciente.					
Nombr	e de los familia	res / terceros				
Nombr	e del médico tr	atante				
CON	ISENTIMIENT(O PARA LA PRES LEY 23.798 - DEC		-	ROLOGÍA ANTI-HIV
1.	Nombre y ape	ellido:				
2.	Nacionalidad:					
3.	Estado civil*:					
4.	Fecha de Nacimiento: / /					
5.	D.N.I.:					
6.	Domicilio:	Calle		Nº	Localidad	Provincia
ampliana que SIDA (IIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIII	mente informade me realicen un HIV), mediante su vez, se me asesoramiento or todo lo expue	do por el Dr./a: na prueba dia; la técnica de E e ha asegurad o, en el caso de esto consiento fuesen positivo	gnóstica para la c ELISA o similar. lo la confidencialic e estar infectado po expresamente a q	detección dad de l or el viru ue se m	, sobre la ne n indirecta ¹ de los resultados is HIV. ne efectúe dich	derechos, que he sido ecesidad de someterme el virus que trasmite el . Como así también el na prueba diagnóstica y an necesarias para la
						 FIRMA

^{*} No es imprescindible consignarlo

¹ Modificar en caso de detección viral directa (PCR, Antígeno p24, etc.)