

CONSENTIMIENTO HIV

Determinación de Anticuerpos Contra HIV

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Me han informado que el propósito del presente estudio consiste en la detección de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), en una muestra de mi sangre.

Entiendo que la toma de muestra será voluntaria y confidencial, y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen.

Decido ☐ SI ☐ NO hacerme el examen.

Nota: Esta autorización es un requisito establecido en Norma Oficial Mexicana NOM 010 SSA2 2010, para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana (6.5.3).

FIRMA DE AUTORIZACION DEL PACIENTE