



SECRETARÍA DE SALUD DE HONDURAS

Boleta de Solicitud de Examen y resultado de la Infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Código de Formato:

1. ESTABLECIMIENTO INFORMANTE

1.1 Fecha:

Día

Mes

Año

1.2 Código del Establecimiento:

1.3 Nombre del Establecimiento:

1.4 Municipio:

1.5 Sala (en caso de Hospital):

1.6 Tipo de Proveedor:

a) Público☐

b) No Público☐

1.7 Tipo de Gestor:

a) Centralizado☐

b) Descentralizado☐

2. DATOS GENERALES DEL USUARIO/A

2.1 Nombre y apellidos del usuario/a:

a) Primer nombre

b) Segundo nombre

c) Primer apellido

d) Segundo apellido

2.2 Nombre asumido o adquirido:

2.3 N° de expediente:

2.4 N° de Identidad / CUI-T:

2.5 Fecha de nacimiento:

Día

Mes

Año

2.6 Edad:

a) Meses

b) Años

2.7 Sexo:

a) Hombre☐

b) Mujer☐

2.8 Nacionalidad:

2.9 Grupo étnico (auto identificación):

a) Mestizo☐

c) Pech☐

e) Maya/Chorti☐

g) Tolupán☐

i) Tawahka☐

k) Otro☐

b) Negro inglés☐

d) Lenca☐

f) Garífuna☐

h) Misquito☐

j) Nahua☐

Especifique: \_\_\_\_\_

2.10 Dirección permanente (en los últimos 6 meses):

a) Departamento:

b) Municipio:

c) Ciudad:

d) Aldea:

e) Caserio:

f) Barrio o Colonia:

g) Calle/ Avenida

h) Bloque/ N° de casa:

i) Otras referencias:

j) Teléfono:

2.11 En caso de ser:  
> 18 meses y <18 años

a) Nombre del Padre / Madre o Tutor:

b) N° de Identidad:

c) Teléfono:

3. RIESGOS Y VULNERABILIDADES

3.1 Tipo de Población:

a) Población general☐

b) Población Clave:☐

HSH

Gay

Bisexual

Trabajador/a sexual

Travesti

Transgénero

Transexual

Otro

Especifique: \_\_\_\_\_

3.2 Condición:

a) Embarazada☐

b) Persona privada de libertad☐

c) Persona con ITS☐

d) Contacto de persona con ITS☐

e) Persona con TB☐

f) Contacto de persona con TB☐

g) Migrante retornado☐

h) Pareja de persona con VIH☐

i) Donante☐

j) Usuario de droga ilícita inyectable☐

k) Ninguna☐

l) Otros☐

Especifique \_\_\_\_\_

3.3 Otros riesgos:

a) Post exposición no ocupacional☐

b) Post exposición ocupacional☐

c) Antecedentes de transfusiones sanguíneas☐

d) Antecedente de trasplante de órganos☐

4. CONSEJERÍA PRE PRUEBA

4.1 Fecha de consejería pre prueba:

Día

Mes

Año

4.2 Tipo de atención:

a) Nuevo☐

b) Subsiguiente☐

4.3 N° de prueba realizada en el año:

1era

2da

3era

4ta

4.4 Nombre del / la Consejero (a):

a) Primer nombre

b) Segundo nombre

c) Primer apellido

d) Segundo apellido

4.5 Firma del / la Consejero (a):

5. CONSENTIMIENTO INFORMADO

5.1 ¿La Persona firmó el consentimiento informado?

a) Si☐

b) No☐

..... Razón de no aceptar que se le realice la prueba de VIH, especifique:

5.2 Firma o huella del usuario

6. PRUEBA DE VIH

6.1 Fecha de solicitud:

Día

Mes

Año

6.2 Fecha de extracción de la muestra:

Día

Mes

Año

6.3 Fecha de recepción de la muestra:

Día

Mes

Año

6.4 Nombre de la persona que realizó la prueba:

a) Primer nombre

b) Segundo nombre

c) Primer apellido

d) Segundo apellido

6.5 Fecha en que se realizó la prueba de tamizaje:

Día

Mes

Año

6.6 Nombre del kit utilizado en la prueba de tamizaje:

a) Determine HIV 1/2☐

c) ELISA 3era generación anticuerpo☐

b) Orocoidal HIV 1/2☐

d) ELISA 4ta generación antígeno/anticuerpo☐

6.7 Resultado de prueba de tamizaje:

a) Negativo☐

b) Positivo☐

6.8 Fecha en que se realizó la prueba confirmatoria:

Día

Mes

Año

6.9 Nombre del kit utilizado en la prueba confirmatoria:

a) Oraquick HIV 1/2☐

b) Bioline☐

c) Western blot☐

6.10 Resultado de prueba confirmatoria:

a) Negativo☐

b) Positivo☐

6.11 Establecimiento que realizó la prueba confirmatoria:

6.12 Nombre del laboratorio al cual se refirió la muestra para prueba confirmatoria (si aplica):

6.13 Fecha en la que se refirió la muestra para prueba confirmatoria (si aplica):

Día

Mes

Año

7. RESULTADO DE LA PRUEBA CONFIRMATORIA DE RESULTADO NO CONCLUYENTE

7.1 ¿El resultado es no concluyente?

a) Si☐

b) No☐

7.2 Fecha de la prueba confirmatoria, de un resultado no concluyente

Día

Mes

Año

7.3 Nombre de técnica utilizada en la prueba confirmatoria, de un resultado no concluyente:

a) ELISA☐

c) Otros☐

b) Western Blot☐

Especifique: \_\_\_\_\_

7.4 Resultado de prueba no concluyente:

a) Negativo☐

c) Indeterminado☐

b) Positivo☐

7.5 Nombre del laboratorio al cual se refirió la muestra para hacer la prueba confirmatoria del resultado no concluyente:

7.6 Fecha de cuando se refirió la muestra para hacer la prueba confirmatoria del resultado no concluyente:

Día

Mes

Año

7.7 Observaciones

7.8 Fecha de cita para toma de nueva muestra:

Día

Mes

Año

\*Nota: Al tener resultado indeterminado citar en 30 día para nueva toma de muestra

8. CONSEJERÍA POST PRUEBA

8.1 Fecha de la consejería post prueba:

Día

Mes

Año

8.2 Nombre del / la Consejero (a):

a) Primer nombre

b) Segundo nombre

c) Primer apellido

d) Segundo apellido

8.3 Firma del / la Consejero (a):

8.4 Requiere próxima cita:

a) Si☐

b) No☐

8.5 Fecha de próxima cita:

Día

Mes

Año

NOTA:

A TODO RESULTADO POSITIVO CONFIRMADO SE LE DEBERÁ LLENAR LA FICHA NOTIFICACIÓN DE CASOS DE LA INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA