

FECHA: 22-02-2016

## PROCESO PROGRAMA RIESGO BIOLOGICO

CODIGO: RB-FT-06

FECHA: 22-02-2016

## FORMATO DE CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

VERSION: 02

Ciudad:	Bogot	4	Fecha: Agosto 20	de 2018
Yo Hido Carcedo Parado certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.				
Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.				
También certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.				
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.				
He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH.  Acepto No acepto				
Firma de la persona quien da el consentimiento:				
Nombre: Hilda Cacilia Carcedo Parada c.c: 52,007177 Firma: Hilda Caccedo Parada				
Firma del asesor que realizó la consejería				
Nombre:				
C.C.				
Firma:				
VERSIÓN	FECHA	ITEM MODIFICADO	DESC	RIPCIÓN
VERSION	FEUNA	TIEN NODIFICADO	DESCR	u, oron
ELABORO: GERENCIA			REVISO: GERENCIA	APROBÓ: GERENCIA

FECHA: 22-02-2016

FECHA: 22-02-2016