 Clinica Emmanuel <small>CONSORCIO</small>	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRUEBA DE VIH		
	Fecha de emisión: 2018- 07-25 Versión: 00	DOCUMENTO CONTROLADO	Página 1 de 1
FR - SM/CM - 075			

LA CLINICA EMMANUEL (Consortio)

De acuerdo al decreto 1543 del 12 de junio de 1.997 (Cap. 1 Art. 2 Consentimiento informado) del Ministerio de Salud Nacional, Por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y habiendo recibido previa asesoría por parte de: Juan Carlos Aeller H de Profesión Psiquiatra

En la que se me ha dado la información sobre:

1. Propósito de la Prueba
2. Interpretación de la Prueba.
3. Limitaciones de la Prueba.
4. Posibles Resultados de la Prueba.

AUTORIZO A:

La clínica Emmanuel (Consortio) para realizarme la prueba de ELISA para detectar VIH al paciente:


José Miguel Pérez Velandic
 NOMBRES APELLIDOS
 Identificación: c.c. ☒ Otro ☐ No. 1136910746 de Bogotá
 Edad: 23 Sexo: Manc. Fecha de Nacimiento:
 Dirección Residencia: Calle 137 No. 125C-23 Teléfono: 5383696
 Motivo de la Prueba: Delictos Infección VIH

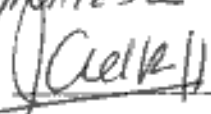
Y ratifico que entiendo y he discutido con la persona que me brindo la asesoría, el procedimiento mediante el cual recibiré mis resultados y estoy de acuerdo con el.

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen

OBSERVACIONES: Paciente con Retorno Mental Moderado. No este en Capacidad de Comprender los alcances de la información dada. Se solicita como responsable y custodio de la Salud

FECHA: Abril 23/18


 QUIEN AUTORIZA
Dr. Juan C. Ospina Hernández
 Psicólogo
 C.C. 15064879
 Reg. 151821240


 PROFESIONAL ASESOR
H. Juan C. Ospina Hernández
 Psicólogo
 C.C. 15064879
 Reg. 151821240