

DEPARTAMENTO DE SALUD COMUNITARIA DE MICHIGAN
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE ANTICUERPOS DEL
VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

He sido informado de que la sangre obtenida mediante punción de dedo o extracción de una vena, muestra de orina, o muestra bucal, serán sometidas a pruebas de anticuerpos del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el virus que provoca el SIDA.

Dejo constancia de que me han dado una explicación sobre la prueba, incluyendo sus usos, beneficios, limitaciones y el significado de los resultados de la prueba.

He sido informado de que los resultados de la prueba de VIH son confidenciales y no deberán darse a conocer sin mi consentimiento escrito, con la excepción de: _____* y según lo permitan las leyes estatales.

Comprendo que tengo el derecho de que se realice esta prueba sin tener que revelar mi nombre. Si mi médico particular no ofrece pruebas anónimas, comprendo que puedo realizarme pruebas anónimas en cualquier sitio de orientación y pruebas sobre VIH aprobado por el Departamento de Salud Comunitaria de Michigan.

Comprendo que tengo el derecho de retirar mi consentimiento para la prueba en cualquier momento previo a la finalización de la prueba.

Dejo constancia de que he recibido una copia del folleto “*Lo que debe saber sobre las pruebas de VIH*”. He tenido la oportunidad de realizar preguntas sobre la prueba de anticuerpos del VIH, y dejo constancia de que mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.

Mediante mi firma, doy mi consentimiento para que se me realice la prueba de VIH.

Firma del Paciente/Padre/Tutor

Fecha

Testigo

Fecha

EN ESTE MOMENTO, NO DESEO QUE SE ME REALICE LA PRUEBA DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Firma del Paciente/Padre/Tutor

Fecha

Testigo

Fecha

* Tenga a bien escribir el nombre del médico o centro de salud que recibirá los resultados de la prueba de VIH.

Original – PARA ARCHIVOS

MDCH es un empleador que ofrece igualdad
de oportunidades, servicios y programas.
DCH-0675S-CF
Autoridad: P.A. 368/1978

DEPARTAMENTO DE SALUD COMUNITARIA DE MICHIGAN
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE ANTICUERPOS DEL
VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

He sido informado de que la sangre obtenida mediante punción de dedo o extracción de una vena, muestra de orina, o muestra bucal, serán sometidas a pruebas de anticuerpos del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el virus que provoca el SIDA.

Dejo constancia de que me han dado una explicación sobre la prueba, incluyendo sus usos, beneficios, limitaciones y el significado de los resultados de la prueba.

He sido informado de que los resultados de la prueba de VIH son confidenciales y no deberán darse a conocer sin mi consentimiento escrito, con la excepción de: _____* y según lo permitan las leyes estatales.

Comprendo que tengo el derecho de que se realice esta prueba sin tener que revelar mi nombre. Si mi médico particular no ofrece pruebas anónimas, comprendo que puedo realizarme pruebas anónimas en cualquier sitio de orientación y pruebas sobre VIH aprobado por el Departamento de Salud Comunitaria de Michigan.

Comprendo que tengo el derecho de retirar mi consentimiento para la prueba en cualquier momento previo a la finalización de la prueba.

Dejo constancia de que he recibido una copia del folleto "*Lo que debe saber sobre las pruebas de VIH*". He tenido la oportunidad de realizar preguntas sobre la prueba de anticuerpos del VIH, y dejo constancia de que mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente.

Mediante mi firma, doy mi consentimiento para que se me realice la prueba de VIH.

Firma del Paciente/Padre/Tutor

Fecha

Testigo

Fecha

EN ESTE MOMENTO, NO DESEO QUE SE ME REALICE LA PRUEBA DEL VIRUS DE
INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Firma del Paciente/Padre/Tutor

Fecha

Testigo

Fecha

* Tenga a bien escribir el nombre del médico o centro de salud que recibirá los resultados de la prueba de VIH.

Original – PARA EL CLIENTE

**MDCH es un empleador que ofrece igualdad
de oportunidades, servicios y programas.
DCH-0675S-CF
Autoridad: P.A. 368/1978**