



### CONSENTIMIENTO ESCRITO PARA PRUEBAS DE ANTICUERPOS VIH

Individuo Sujeto al Examen: \_\_\_\_\_

Yo doy mi permiso para una prueba de sangre para detectar si tengo anticuerpos del virus VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana - HIV, siglas en inglés) o de cualquier otro agente identificado que causa AIDS (SIDA) en mi sangre. Entiendo que los resultados de la prueba serán usados para el propósito de mi tratamiento y cuidado médico.

Entiendo que el examen se hace sacando una muestra de mi sangre y haciendo pruebas de laboratorio para determinar la presencia de anticuerpos del VIH. Entiendo que los resultados de las pruebas de sangre que se consideran positivas serán reportados al Departamento de Salud Pública de Illinois.

Además, entiendo que un resultado positivo no quiere decir que yo tenga AIDS (SIDA), pero que mi sangre ha estado expuesta al virus del AIDS (SIDA) y anticuerpos del virus están presentes en mi sangre. Entiendo que se me ofrecerá consejería referente a AIDS (SIDA) si los resultados de mis pruebas son positivos.

Se me ha informado y entiendo los resultados de la prueba, en un porcentaje de casos, puede indicar que una persona tiene anticuerpos del virus cuando la persona no tiene los anticuerpos (un resultado positivo falso) o que la prueba puede fallar en detectar que una persona tiene los anticuerpos del virus cuando de hecho la persona tiene estos anticuerpos (un resultado negativo falso).

Entiendo que los resultados de mis pruebas serán entregados a mis médicos y a otros proveedores de cuidado de salud que me proveen cuidado. Además, entiendo que la ley permite que mi identidad y los resultados de mis pruebas sean entregados a personas específicas, tales como médicos y proveedores de cuidado de salud involucrados en el uso de cualquier órgano o tejido donado por mí y al Departamento de Salud Pública de Illinois, empleados de los comités y estudios de investigación de la institución de cuidado de salud (sin mi nombre). Entiendo que los resultados de mis pruebas serán confidenciales como es estipulado por la ley. Además, entiendo que puedo negarme hacer la prueba en cualquier momento, antes de que sean completados las pruebas de laboratorio.

Mi médico me ha aconsejado sobre el propósito, usos potenciales, limitaciones y significado de los resultados de las pruebas, la naturaleza voluntaria de las pruebas, el derecho a, en cualquier momento, negarme hacer las pruebas de laboratorio antes de que se completen, y a protecciones de confidencialidad contemplados por la ley. Con la información indicada arriba habiendo sido explicada completa y claramente y todas mis preguntas contestadas, yo por este medio autorizo (al médico y / u hospital o institución de cuidado de salud) a hacerme las pruebas de sangre para infección de VIH.

\_\_\_\_\_  
Firma o marca del sujeto examinado

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma - sujeto examinado

o

\_\_\_\_\_  
Nombre de un representante legal autorizado

\_\_\_\_\_  
Firma de un representante legal autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma - representante legal autorizado

\_\_\_\_\_  
Nombre del Médico

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma - Médico

Yo entregué al examinado una copia de este formulario en  Inglés  Español  Otro (Especifique) \_\_\_\_\_  
el (Fecha) \_\_\_\_\_ a (Hora) \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Título

\_\_\_\_\_  
Firma