



COORDINACIÓN SIDA

Ficha de consentimiento informado para la realización del análisis de VIH

En cumplimiento del Art. 6° de la Ley 23.798 (Decr. Reglam. 1244/91), el profesional actuante debe completar el siguiente formulario cada vez que se solicite investigación de laboratorio para la identificación de infección por VIH.

Hospital/Centro de Salud _____

Adjunto el presente consentimiento informado a la Historia Clínica del Consultante

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL ANÁLISIS DEL VIH

Declaro en forma libre y voluntaria que he sido suficientemente informado sobre la conveniencia de someterme a una prueba diagnóstica para la detección del VIH. Se me ha explicado en qué consiste la prueba, los beneficios del diagnóstico temprano para el cuidado de la salud y se me ha transmitido el alcance y significado de los resultados. A su vez, me han asegurado la confidencialidad de los resultados, como así también el debido asesoramiento y se me ha informado el derecho a la asistencia, en caso de estar infectado por el VIH, en el marco de la legislación vigente. Por todo lo expuesto, consiento expresamente que se me efectúe dicha prueba diagnóstica y las que fueran necesarias para la confirmación de los resultados.

Firma autorización _____ Firma recepción _____

SOLICITUD DE SEROLOGÍA PARA VIH

Institución _____ Historia Clínica N° _____

Código del paciente Sexo¹ Nombre² Apellido³ Día nacim. Mes nacim. Año nacim.

1) M: masculino; F: femenino. 2) 1a y 2a letras del nombre. 3) 1a y 2a letras del apellido

Lugar de residencia (localidad y barrio)

Firma del paciente _____ Documento (tipo y N°) _____

Servicio solicitante _____

Fecha ____|____|____ Documento (tipo y N°) _____

Para uso interno del laboratorio

Observaciones	Número de protocolo
---------------	---------------------