



Consulta sobre la prueba de detección de anticuerpos anti VIH

Usar datos del registro del paciente

Nombre

Afirmo que _____ me ha aconsejado

(Nombre del doctor u otro proveedor)

y me proporcionó:

- A. Información sobre cómo se propaga el VIH
- B. Los beneficios de hacerme la prueba de manera voluntaria
- C. Los beneficios de saber si tengo o no tengo el VIH
- D. Los tratamientos que yo y el hijo que espero podríamos usar si mi resultado indica que soy positiva ante el VIH
- E. Mi derecho a rechazar la prueba y a que no se me niegue el tratamiento

Doy mi consentimiento para que me hagan la prueba de detección de infección por el VIH

No quiero que me hagan la prueba de detección de infección por el VIH

Este formulario formará parte de mi expediente médico.

Firma del paciente

Fecha

Firma del testigo