



## Resultado del análisis de sangre para detectar anticuerpos contra el VIH

### A. MOTIVO

Se le pide que autorice el uso o divulgación de los resultados de un análisis de sangre para detectar anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la causa probable del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Se le pide esto para cumplir con los términos de la Ley de la Confidencialidad de la Información Médica.

### B. ACUERDO

Autorizo a \_\_\_\_\_ para que proporcione a  
Nombre del médico, hospital u otro proveedor de atención médica

\_\_\_\_\_ los resultados del análisis  
Nombre o título de la persona que recibirá los resultados

de sangre para detección de anticuerpos contra el VIH.

### C. USOS

El solicitante puede usar los datos para cualquier fin, con sujeción únicamente a la siguiente limitación:

\_\_\_\_\_.

### D. DURACIÓN

Este acuerdo tendrá vigencia inmediatamente, la cual durará por toda la vida o hasta el

\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_, lo que suceda primero.

Fecha

### E. LÍMITES

Entiendo que, cumplido el plazo, el solicitante no podrá utilizar los datos médicos a menos que yo firme un nuevo acuerdo o a menos que dicho uso se requiera para un fin especial, o sea permitido por la ley.

### F. COPIA ADICIONAL

Asímismo, entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este acuerdo si la solicito.

Solicitó y recibí una copia:  Sí  No \_\_\_\_\_ Iniciales



Fecha: \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta