

Consentimiento informado para prueba de VIH

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Sexo (encierre en un círculo) M F

Médico que prescribe: _____

Mi firma a continuación indica que:

1. Doy mi conformidad para la prueba de VIH.
2. Se me ha dado información sobre la prueba, incluyendo las limitaciones de la prueba y los resultados de la prueba.
3. Todas mis preguntas acerca de la prueba han sido contestadas.
4. Entiendo que la prueba, incluyendo los resultados, formará parte de mi expediente médico, incluyendo el expediente médico electrónico y que el personal autorizado de UMMMC puede ver estos resultados. Entiendo que se mantendrá la confidencialidad al grado que sea posible y que los resultados de la prueba serán divulgados como se describe en este consentimiento y como lo ordena la ley estatal o federal o con mi consentimiento por escrito.
5. Los cargos generados por esta prueba, con una indicación de la prueba realizada, se pasarán a mi aseguradora del cuidado de la salud, excepto para pruebas serológicas pagadas por mí, lo cual podría arreglarse a través del Asesor de VIH de UMMMC.
6. Mi decisión para someterme a la prueba es completamente voluntaria.

HE LEÍDO LAS INSTRUCCIONES ANTERIORES Y LAS COMPREENDO.

Firma del Paciente/Representante Autorizado

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

Si es el Representante Autorizado, escriba en letra de molde su nombre y relación con el paciente:

Nombre

Parentesco

Si se utiliza un intérprete, escriba el nombre del intérprete: _____

Si se obtiene el consentimiento por teléfono:

Firma del Testigo

Nombre del testigo en letra de molde

Fecha

Consentimiento informado para prueba de VIH

Nombre del paciente: _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Sexo (encierre en un círculo) M F

Médico que prescribe: _____

Mi firma a continuación indica que:

1. Doy mi conformidad para la prueba de VIH.
2. Se me ha dado información sobre la prueba, incluyendo las limitaciones de la prueba y los resultados de la prueba.
3. Todas mis preguntas acerca de la prueba han sido contestadas.
4. Entiendo que la prueba, incluyendo los resultados, formará parte de mi expediente médico, incluyendo el expediente médico electrónico y que el personal autorizado de UMMMC puede ver estos resultados. Entiendo que se mantendrá la confidencialidad al grado que sea posible y que los resultados de la prueba serán divulgados como se describe en este consentimiento y como lo ordena la ley estatal o federal o con mi consentimiento por escrito.
5. Los cargos generados por esta prueba, con una indicación de la prueba realizada, se pasarán a mi aseguradora del cuidado de la salud, excepto para pruebas serológicas pagadas por mí, lo cual podría arreglarse a través del Asesor de VIH de UMMMC.
6. Mi decisión para someterme a la prueba es completamente voluntaria.

HE LEÍDO LAS INSTRUCCIONES ANTERIORES Y LAS COMPREENDO.

Firma del Paciente/Representante Autorizado

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

Si es el Representante Autorizado, escriba en letra de molde su nombre y relación con el paciente:

Nombre

Parentesco

Si se utiliza un intérprete, escriba el nombre del intérprete: _____

Si se obtiene el consentimiento por teléfono:

Firma del Testigo

Nombre del testigo en letra de molde

Fecha