

**MINISTERIO DE SALUD**

**SERVICIO DE SALUD MAULE**

**HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CURICÓ**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**PARA REALIZAR PRUEBA DIAGNÓSTICA DE DETECCIÓN DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C. Identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº Ficha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El presente documento tiene como objetivo que usted, luego de haber recibido información, manifieste de manera confidencial, libre y voluntaria, a través de su firma, la autorización o rechazo a la realización del examen de detección del VIH.

La realización del examen permite disminuir la transmisión del VIH a partir de conductas responsables y detectar precozmente el virus, con el fin de evitar el desarrollo de la etapa SIDA disminuyendo así la mortalidad asociada al virus.

El examen, Test de ELISA para VIH se realiza a partir de una muestra de sangre que al ser procesada, puede entregar un resultado negativo o positivo, el procedimiento no presenta riesgos para la salud.

Para que el examen pueda detectar con seguridad el VIH, se requiere que la toma de muestra se realice luego de tres meses desde la última situación de riesgo (periodo de ventana).

En algunos casos se puede requerir una segunda muestra de sangre

El examen se puede realizar en cualquier centro de salud público o privado.

El rechazo al examen trae consigo consecuencias, muchas veces irreversibles, puesto que, luego de haber adquirido el virus, éste comienza a replicarse, aunque no presente síntomas en meses o años, la infección progresará a la etapa SIDA en la que se presentan variadas enfermedades oportunistas que pueden llevar rápidamente a la muerte.

Para mayor información puede contactarnos en policlínico ITS o al 075-566198 del Hospital de Curicó o en cualquier centro de salud público o privado, con un profesional médico, matrona o enfermera.

**Revocabilidad**

Se me señala, que hacer si cambio de idea tanto en aceptar o rechazar el procedimiento, cirugía o terapia propuesta.

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cédula de identidad nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dejo constancia que he recibido sistemáticamente ésta información y comprendo sus alcances. Por lo tanto, **ACEPTO** el procedimiento que se me ha propuesto.

Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: Curicó, \_\_\_de\_\_\_\_de 20\_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cédula de identidad nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dejo constancia que he recibido sistemáticamente ésta información y comprendo sus alcances. Por lo tanto, **RECHAZO** el procedimiento que se me ha propuesto.

Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: Curicó, \_\_\_de\_\_\_\_de 20\_\_\_\_\_

**Revocabilidad:**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cédula de identidad nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, he cambiado de opinión y **REVOCO** la decisión anteriormente firmada.

Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: Curicó, \_\_\_de\_\_\_\_de 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Identificación del profesional Firma