

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE ANTÍGENO Y/O ANTICUERPOS PARA EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANO (VIH)**

He sido informado que mi sangre obtenida de una punción de un dedo o vena, una muestra de plasma, una muestra de orina o una muestra oral de mi boca, se utilizarán para una prueba para detectar antígenos y/o anticuerpos para el Virus de Inmunodeficiencia Humano, el virus que causa el Sida.

Reconozco que se me ha dado una explicación de la prueba, incluidos sus usos, beneficios, limitaciones y el significado de los resultados de la prueba.

He sido informado que los resultados de la prueba de VIH son confidenciales y no serán divulgados sin mi permiso escrito, excepto a: \_\_\_\_\_ \* y según lo permite la ley estatal.

Entiendo que tengo el derecho de hacerme esta prueba sin el uso de mi nombre. Si mi médico privado no ofrece pruebas anónimas, entiendo que puedo obtener una prueba anónima en cualquier sitio de asesoría y prueba de VIH aprobado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan.

Entiendo que tengo el derecho de retirar mi consentimiento para la prueba en cualquier momento antes que la prueba se complete.

Reconozco que se me ha dado una copia del folleto “*Lo que necesita saber acerca de la prueba de VIH*”. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas respecto a la prueba para detectar antígenos y/o anticuerpos del VIH y reconozco que mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente.

Por mi firma a continuación, acepto hacerme la prueba para el VIH.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**EN ESTE MOMENTO, NO DESEO HACERME LA PRUEBA PARA EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANO.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente/padre/tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Testigo**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**\* Por favor, escriba el nombre del médico o centro médico que recibirá los resultados de la prueba de VIH.**

**Original – PARA LOS REGISTROS**

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE ANTÍGENO Y/O ANTICUERPOS PARA EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANO (VIH)**

He sido informado que mi sangre obtenida de una punción de un dedo o vena, una muestra de plasma, una muestra de orina o una muestra oral de mi boca, se utilizarán para una prueba para detectar antígenos y/o anticuerpos para el Virus de Inmunodeficiencia Humano, el virus que causa el Sida.

Reconozco que se me ha dado una explicación de la prueba, incluidos sus usos, beneficios, limitaciones y el significado de los resultados de la prueba.

He sido informado que los resultados de la prueba de VIH son confidenciales y no serán divulgados sin mi permiso escrito, excepto a: \_\_\_\_\_ \* y según lo permite la ley estatal.

Entiendo que tengo el derecho de hacerme esta prueba sin el uso de mi nombre. Si mi médico privado no ofrece pruebas anónimas, entiendo que puedo obtener una prueba anónima en cualquier sitio de asesoría y prueba de VIH aprobado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan.

Entiendo que tengo el derecho de retirar mi consentimiento para la prueba en cualquier momento antes que la prueba se complete.

Reconozco que se me ha dado una copia del folleto “*Lo que necesita saber acerca de la prueba de VIH*”. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas respecto a la prueba para detectar antígenos y/o anticuerpos del VIH y reconozco que mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente.

Por mi firma a continuación, acepto hacerme la prueba para el VIH.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**EN ESTE MOMENTO, NO DESEO HACERME LA PRUEBA PARA EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANO.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del paciente/padre/tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Testigo**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**\* Por favor, escriba el nombre del médico o centro médico que recibirá los resultados de la prueba de VIH.**

**Original – PARA EL CLIENTE**