



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PRUEBA VIH

Fecha: DD MM AAAA

Ciudad:

**Autorización voluntaria para realizar la prueba VIH (Decreto 1543/97 del Ministerio de salud por el cual se reglamenta los mecanismos de prevención, diagnóstico, manejo y reporte epidemiológico de la infección por VIH).**

### ¿QUÉ ES EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)?

Es una enfermedad producida por un virus conocido como el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) el cual infecta y destruye las células del sistema inmune, originando una falla progresiva y grave en los sistemas de defensa del organismo el cual queda expuesto a la infección y ciertos tipos de tumores.

### ¿CÓMO SE ADQUIERE LA ENFERMEDAD?

La enfermedad se adquiere principalmente por contacto sexual con personas infectadas con el VIH. Por exposición a la sangre y a ciertos productos derivados de la misma contaminados con el virus. Además durante el embarazo las madres infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana, puede transmitir la infección al feto a través de la placenta.

### ¿CÓMO SE HACE EL DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN?

El diagnóstico se realiza examinando una muestra de sangre para detectar la presencia del VIH o las huellas inmunológicas que deja, en el organismo afectado, existen varias pruebas de laboratorio diseñadas para éste propósito, las cuales se dividen básicamente en dos tipos: Presuntivas: que en caso de ser positivas indican una posible infección; y las suplementarias o confirmatorias.

La prueba que se realiza inicialmente es de tipo presuntivo y en caso de salir positiva o inconcluyente se deberá tomar una nueva muestra para repetir o realizar una prueba confirmatoria. El diagnóstico temprano de la infección ayuda a prevenir su propagación y mejora la calidad de vida de quien la sufre.

El resultado será entregado personalmente, previa identificación.

**He leído el documento sobre consentimiento informado que contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y su riesgo y que entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la prueba.**

**Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen.**

Yo \_\_\_\_\_ autorizo al personal del Laboratorio Clínico Médico ANDRADE NARVAEZ para que me realicen la prueba par VIH.

Firma: \_\_\_\_\_

No. de identificación: \_\_\_\_\_