

Modelo de consentimiento para recibir servicios médicos generales que incluye el consentimiento por escrito para hacerse pruebas de detección del VIH

Use la Muestra A o la Muestra B

Muestra A – Consentimiento para recibir tratamiento médico

Use el consentimiento para recibir servicios médicos generales de la institución, pero corríjalo e incluya lo siguiente:

He recibido información sobre las pruebas de detección del VIH, cómo se contagia el VIH, tratamientos para el VIH/SIDA, cómo protegerme y proteger a los demás del contagio del VIH, que las pruebas son voluntarias y que pueden hacerse de manera anónima, cómo se respetará la confidencialidad de mi información relacionada con el VIH y las leyes que protegen de la discriminación a las personas con VIH/SIDA. Entiendo que los resultados quedarán documentados en mi expediente clínico.

El consentimiento para las pruebas relacionadas con el VIH seguirá en vigencia hasta que yo lo suspenda o hasta la fecha siguiente:

Podré cancelar mi consentimiento en forma oral o escrita en cualquier momento. Mientras este consentimiento esté en vigor,

(nombre del proveedor o institución) puede hacerme otras pruebas sin pedirme que firme otro formulario de consentimiento.

En tales casos, mi proveedor me dirá si se me harán otras pruebas para la detección del VIH y las registrará en mi expediente clínico.

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

No quiero que me hagan ninguna prueba de detección del VIH.

Firma: _____
Paciente o persona autorizada a dar el consentimiento

Muestra B – Consentimiento para el tratamiento médico

Use el consentimiento para servicios médicos generales de la institución, pero corríjalo e incluya lo siguiente:

Me han brindado información sobre el VIH y acepto que me hagan las pruebas,

No, no quiero que me hagan la prueba para detectar el VIH en esta ocasión.

Firma: _____
Paciente o persona autorizada para dar el consentimiento