

樣本：HIV 檢測建議

依規定，您的醫療護理提供者必須建議凡是年齡介於 13 歲至 64 歲之間的人士接受 HIV 檢測，不論其是否有顯著危險性。就像其他的醫療篩檢一樣，這項檢測能提供關於您的健康的重要資訊，並給予您所需的資料以做出能保持健康的正確決定，因此強烈建議您接受檢測。

同意，我接受 HIV 檢測建議。

不同意，我現在不想做 HIV 檢測。

病患姓名：_____ 日期：_____

簽名：_____

病患或授權代表人