

- Si su médico conoce el nombre de su pareja u otro compañero/a, deberá informar el nombre de esa persona al Departamento de Salud.
- Los consejeros del Departamento de Salud pueden asistirlo en la tarea de notificar a su pareja o compañeros/as manteniendo su nombre bajo reserva.
- Para garantizar su seguridad, su médico o consejero le hará una serie de preguntas acerca de los riesgos de violencia doméstica que usted pueda correr en relación con cada una de las personas que se ha de notificar.
- Si existe algún riesgo, el Departamento de Salud no notificará a las parejas de inmediato y lo ayudará a conseguir ayuda.

## Números telefónicos importantes

### Líneas directas sobre VIH/SIDA del Estado de Nueva York (gratuitas)

Llame a estas líneas para obtener información acerca del VIH y el SIDA y para averiguar los nombres de los establecimientos donde se hacen pruebas de VIH:

- 1-800-541-AIDS (2437) • Inglés
- 1-800-233-SIDA (7432) • Español

### Línea de información sobre VIH/SIDA del Estado de Nueva York para llamadas por TTY/TDD:

- 1-212-925-9560

Las llamadas de voz utilizan el repetidor de Nueva York:

- 711 o 1-800-421-1220 y pida a la operadora el número 1-212-925-9560

### Línea directa de asesoramiento sobre VIH/SIDA del Estado de Nueva York

- 1-800-872-2777

### Programa anónimo de pruebas y asesoramiento sobre VIH del NYSDOH

Para obtener información sobre el VIH, derivaciones o información acerca de cómo hacerse una prueba de VIH gratuita y anónima, llame a los programas anónimos de pruebas y asesoramiento sobre VIH.

- Región de Albany: 1-800-962-5065
- Región de Buffalo: 1-800-962-5064
- Región de Nassau: 1-800-462-6785
- Región de New Rochelle: 1-800-828-0064
- Región de Queens: 1-800-462-6785
- Región de Rochester: 1-800-962-5063
- Región de Suffolk: 1-800-462-6786
- Región de Syracuse: 1-800-562-9423

### Línea directa del Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York para VIH/SIDA: 1-800-TALK-HIV (1-800-825-5448)

### Programa de Asistencia PartNer del Estado de Nueva York: 1-800-541-AIDS

### Programa de asistencia CNAP de la Ciudad de Nueva York: 1-212-693-1419

### Confidencialidad

- Línea directa de Confidencialidad del Estado de Nueva York: 1-800-962-5065
- Centro de acciones legales: 1-212-243-1313

### Derechos humanos/discriminación

- División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York: 1-800-523-2437
- Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York: 1-212-306-7500

# Consentimiento con conocimiento para hacerse pruebas de VIH

La prueba de VIH es voluntaria. La autorización puede retirarse en cualquier momento mediante la debida notificación a su médico. Lea las partes A y B de este formulario y, si comprende la siguiente información y desea que se le hagan las pruebas correspondientes, firme en la parte inferior de la parte B.

La infección por VIH representa un problema grave de salud. El Departamento de Salud del Estado de Nueva York recomienda hacerse la prueba de VIH. En el caso de mujeres embarazadas, el Departamento recomienda que la prueba se haga en etapas tempranas del embarazo y se repita en etapas más avanzadas.

A partir de junio de 2005, este documento reemplazará a todos los otros formularios de consentimiento para hacerse pruebas de VIH, salvo en el caso de pruebas de VIH aceleradas hechas en salas de parto.

OBSERVACIONES: este formulario se debe utilizar junto con el formulario DOH-2556 ES, Parte B.

Parte



## El VIH es el virus que causa el SIDA.

---

- El VIH se transmite de una persona a otra durante las relaciones sexuales sin protección (coito vaginal, anal u oral sin condón) con alguna persona infectada con el virus.
- El VIH se transmite a través del contacto con la sangre, por ejemplo al compartir agujas para hacerse perforaciones en el cuerpo (piercing), hacerse tatuajes o inyectarse drogas de cualquier tipo con alguna persona infectada con el virus.

## La única manera de saber si uno está infectado con el VIH es haciéndose las pruebas correspondientes.

---

- Las pruebas de VIH no conllevan riesgos para la salud. Implican recolectar una o más muestras (de sangre, fluido oral, orina).
- Su doctor o consejero le explicará los resultados de las pruebas y le indicará si necesita hacerse pruebas adicionales.

## Su prueba de VIH de hoy incluye:

---

- Una prueba para saber si está infectado con el VIH (una prueba de anticuerpos o una prueba del virus);
- Si el resultado es VIH positivo, se harán pruebas adicionales como pruebas para:
  - ayudar a su médico a determinar el mejor tratamiento para usted.
  - servir de guía al Departamento de Salud para programas de prevención del VIH.

## Existen diversas opciones para hacerse la prueba:

---

- Usted puede optar por hacerse una prueba confidencial, en cuyo caso los resultados pasarán a formar parte de su historia clínica y podrán proporcionarse a su médico para que le brinde servicios relacionados con el VIH y otros tipos de atención médica.
- Otra opción es hacerse la prueba de manera anónima, lo cual significa que usted no divulgará su nombre ni se asentarán los resultados de la prueba en su historia clínica. Si el resultado es positivo, tiene la opción de dar su nombre de modo de obtener atención médica con mayor rapidez.
- Para obtener más información acerca de las opciones para hacerse las pruebas y averiguar los nombres de los establecimientos donde las pruebas se hacen de manera anónima o gratuita, pregúntele a su médico o consejero o llame al 1-800-541-AIDS.

## Hacerse la prueba de VIH es importante para la salud.

---

- Si el resultado de la prueba es negativo, puede informarse acerca de cómo protegerse para no infectarse en el futuro.
- Si el resultado es positivo:
  - Puede tomar las medidas necesarias para evitar infectar a otras personas con el virus.
  - Puede recibir tratamiento para el VIH e informarse sobre otras maneras de preservar el buen estado de salud. Como parte del tratamiento, se le harán pruebas adicionales para determinar el mejor procedimiento para usted, entre ellas pruebas de resistencia viral y de carga viral.

## Hacerse la prueba de VIH es de especial importancia en el caso de mujeres embarazadas.

---

- Una madre infectada puede transmitir el virus al bebé durante el embarazo, el nacimiento o a través de la lactancia.
- Es mucho mejor conocer su condición de VIH en etapas tempranas del embarazo para así poder tomar decisiones importantes acerca de su salud y de la de su bebé.
- Si usted está embarazada y está infectada con el VIH, tiene a su disposición tratamientos para evitar contagiar al bebé con el virus y mejorar su propio estado de salud. Si usted tiene VIH y no recibe tratamiento, las probabilidades de transmitirle el virus al bebé son de una en cuatro. Si sigue un tratamiento, en cambio, las probabilidades son mucho menores.
- Si no se hace las pruebas durante el embarazo, su médico le sugerirá que se las haga durante el trabajo de parto. En todos los casos, al bebé se le harán las pruebas luego del nacimiento. Si su bebé obtiene un resultado positivo en la prueba significa que usted está infectada con el VIH y que el bebé ha sido expuesto al virus.

## Si los resultados de la prueba son positivos:

---

### Para evitar la discriminación de personas con VIH, las leyes estatales protegen su identidad y la confidencialidad de los resultados de la prueba.

- En la mayoría de los casos, se le pedirá que proporcione una autorización por escrito antes de poder divulgar los resultados de sus pruebas de VIH.
- Se puede divulgar su información relativa al VIH a profesionales de la salud a cargo de usted o de su hijo expuesto; funcionarios de salud cuando lo exija la ley; aseguradores (para poder efectuar pagos); personas que participen en el proceso de adopción o colocación en hogares sustitutos; personal oficial correccional o afectado al proceso de libertad condicional; personal de salud o atención de emergencias que haya estado expuesto accidentalmente a su sangre; o personas autorizadas mediante una orden judicial especial.
- Los nombres de las personas infectadas con VIH se deben informar al Departamento de Salud del Estado para poder realizar un seguimiento de la epidemia y planificar los servicios pertinentes.
- Para obtener respuestas a sus preguntas y ayuda respecto de problemas relativos a la confidencialidad, llame a la línea directa de confidencialidad sobre el VIH (1-800-962-5065).
- La División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York (1-800-523-2437) puede ayudarlo si usted considera que ha sido discriminado por tener VIH.

### Si el resultado de las pruebas es positivo, su médico o consejero hablará con usted respecto de informar a su pareja o a las personas con las cuales comparte agujas acerca de la posibilidad de haber estado expuestos al virus.

- Estas personas tienen que saber que tal vez hayan estado expuestas al VIH, para así poder hacerse las pruebas correspondientes y hacerse tratar en caso de estar infectadas con el virus.

## Consentimiento con conocimiento para hacerse pruebas de VIH

Parte

B

Mi médico ha respondido a todas las preguntas que tenía respecto de las pruebas de VIH y me ha informado por escrito los siguientes detalles al respecto:

- El VIH es el virus que causa el SIDA.
- La única manera de saber si uno está infectado con el VIH es haciéndose las pruebas correspondientes.
- Hacerse la prueba de VIH es importante para la salud, especialmente en el caso de mujeres embarazadas.
- La prueba de VIH es voluntaria. La autorización puede retirarse en cualquier momento.
- Existen diversas opciones para hacerse la prueba, entre ellas la modalidad anónima y confidencial.
- Para evitar la discriminación de personas con VIH, las leyes estatales protegen la confidencialidad de los resultados de la prueba y la identidad de los sujetos que se las hacen.
- Si el resultado de las pruebas es positivo, mi médico hablará conmigo respecto de informar a las personas con quienes mantengo relaciones sexuales o comparto agujas acerca de la posibilidad de estar expuestos al virus.

Doy mi consentimiento para que me hagan las pruebas pertinentes para diagnosticar la posible infección con el VIH. Si se detecta que estoy infectado con el VIH, doy mi consentimiento para que se hagan pruebas adicionales de mi muestra para determinar el mejor tratamiento a seguir y para que sirvan como guía de los programas de prevención del VIH. Además doy mi consentimiento para que me hagan pruebas en el futuro para guiar mi tratamiento. Comprendo que puedo cambiar de parecer sobre pruebas futuras en cualquier momento.

### Sólo para mujeres embarazadas:

Además de las pruebas ya descritas, autorizo a mi médico a repetir las pruebas de diagnóstico del VIH en etapas más avanzadas del embarazo. Entiendo que mi médico hablará conmigo acerca de las pruebas antes de repetir las y me informará los resultados obtenidos. La autorización para repetir las pruebas de diagnóstico se limita a mi embarazo actual únicamente y puedo retirarla en cualquier momento.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Persona a la que se le hará la prueba o representante legal autorizado)

Si es un representante legal, indique la relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Historia clínica N°: \_\_\_\_\_

A partir de junio de 2005 el presente reemplazará a todos los otros formularios de consentimiento para hacerse pruebas de VIH, salvo en el caso de pruebas de VIH aceleradas hechas en salas de parto.

OBSERVACIONES: este formulario se debe utilizar junto con el formulario DOH-2556i ES, Parte A.