HOSPITAL CLINICO FUSAT

CARTA DE CONSEJERIA Y CONSENTIMIENTO EXAMEN VIH

A Ud. se le ha solicitado un TEST de VIH, es decir, un estudio para detectar si está infectado por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana o Virus del SIDA.
Este examen detecta la presencia de anticuerpos contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana, y el resultado positivo no implica necesariamente que tenga la enfermedad.
Su médico requiere tener la información de este test, para un mejor conocimiento de su estado de salud. Si su médico lo solicita es importante para usted.

Existen dos posibilidades del resultado:

1.- **NO REACTIVO**: deberá retirarlo en un plazo de 2 a 3 días en INTERSALUD.

2.- **REACTIVO:** la muestra se envía al Instituto de Salud Pública (ISP), codificado, para mantener la absoluta reserva de su nombre. El ISP nos remite el resultado final en 4 a 5 semanas y Ud. será citado por nosotros para la entrega del examen.

El Ministerio de Salud ha determinado que el examen de detección del VIH debe ser**:**

- **Voluntario:** es usted quien decide si quiere o no hacerse el examen.
- **Con consejería pre y post test:** usted debe recibir información, orientación, y apoyo antes de realizarse el examen y al momento de la entrega del resultado.
- **Con consentimiento:** Usted debe dejar constancia de su voluntad frente al examen por escrito.

Yo: _____

RUT: _____ Fecha de Nacimiento: _____

certifico que se me ha explicado lo que significa efectuarme el test de VIH, he tenido ocasión de preguntar y aclarar mis dudas, y he decido en conciencia:

- **ACEPTAR** la realización del examen de VIH: _____
  Firma Consultante

- **NO ACEPTAR** la realización del examen de VIH: _____
  Firma Consultante

Y declaro para efectos de notificación de resultados la siguiente información:

Domicilio: _____

Ciudad: _____ FONO: _____

Gestante?: SI_____ NO_____ Semanas de embarazo: _____

Documento restringido, se prohíbe su reproducción sin la autorización expresa de su Aprobador.

EN CASO DE MENORES DE 18 AÑOS Y DISCAPACITADOS MENTALES PERMANENTES/TEMPORALES:

Identificación del Paciente:

Nombre:
_____

RUT: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Fono: _____

Identificación del Representante legal:

NOMBRE: _____ RUT: _____

FONO: _____ PARENTESCO: _____

- **Si acepto** la realización del examen de VIH: _____
  Firma Representante Legal

- **NO acepto** la realización del examen de VIH: _____
  Firma Representante Legal

EN CASO DE ACCIDENTES CORTOPUNZANTES:

Paciente Fuente: Yo _____acepto que el afectado sepa el resultado de mi examen de VIH dado su importancia en el manejo y tratamiento de dicho funcionario.

_____
Firma Paciente Fuente

Funcionario Accidentado: Yo _____me comprometo a mantener la confidencialidad del resultado del examen de VIH del paciente fuente, teniendo en cuenta la responsabilidad civil y penal que implica romperla.

_____
Firma Funcionario Accidentado

IDENTIFICACIÓN DEL CONSEJERO:

Nombre: _____

Firma : _____ Fecha: _____

Nota: En menores de 14 años, se requerirá la firma del CI por un Tutor o Representante Legal.
En mayores de 14 años y menores de 18 años, la regla general requerirá la firma del CI por un Tutor o Representante Legal; a excepción que el menor consultante exprese la solicitud de la confidencialidad de su examen.

Documento modificado septiembre del 2022.

Documento restringido, se prohíbe su reproducción sin la autorización expresa de su Aprobador.