

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Para Prueba Diagnóstica de H.I.V.

Lugar....., Fecha: / /

1. Yo,.....

D.N.I. / C.I. / L.E. / L.C. Nº, de años de edad, de estado civil, domiciliado en

de (Ciudad/Provincia); declaro que he sido

ampliamente informado sobre la necesidad de someterme a una prueba diagnóstica para la detección indirecta del virus que transmite el SIDA (H.I.V.), mediante la técnica ELISA o similar:.....

2. A su vez, se me ha asegurado la confidencialidad de los resultados, como así también el debido asesoramiento y asistencia médica, en el caso de estar infectado por el virus H.I.V.

3. Por todo lo expuesto, consiento expresamente a que se me efectúe dicha prueba diagnóstica, y en el caso de que fuesen positivos los primeros resultados, las que sean necesarias para la confirmación definitiva.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL FAMILIAR

ACLARACIÓN

ACLARACIÓN

DNI

DNI

PARENTESCO

1

SI EL PACIENTE ES UN MENOR COMPLETAR:

El paciente es un menor de años de edad y yo/nosotros el/los firmante/s soy/somos el/los padre/s, tutor/es o encargado/s del paciente, y por la presente autorizo/autorizamos la realización de la intervención o procedimiento.

FIRMA

ACLARACIÓN

DNI

PARENTESCO

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO