

Midwest OB/GYN & Midwifery
1.847.357.1144

Forma de Consentimiento de la Prueba General Por Anticuerpos del Virus Inmunodeficiencia Humana

Este examen chequea por los anticuerpos del Virus Inmunodeficiencia Humana (VIH), el virus que causa el Síndrome Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Este examen no muestra si tiene SIDA. Este examen muestra si usted tiene VIH, el virus que causa SIDA.

Doy permiso para que me saque sangre para el examen de VIH. Mis resultados estarán compartidos solamente con las personas que tiene acceso directo con mis resultados/consejería. He estado informado que hay ciertas leyes que controlan lo que puede estar divulgado a otras personas de mis resultados o mi información médica.

Mis resultados del examen de los anticuerpos del VIH y la información relacionada van a estar guardado en mi expediente.

Si tengo un resultado positivo, mi partera me va a pedir que aviso mi(s) pareja(s) sexual(es) y/o la gente con quien comparto mi(s) aguja(s). Si escojo de no compartir los resultados con esa(s) persona(s), mi partera puede informarles, despues de que ella intenta de avisarme que va a compartir esa información.

He estado informado la razon por qué quieren que hago la prueba de VIH, y que quiere decir un resultado positivo, negativo o indeterminado. He tenido la oportunidad de hablar de mis preguntas, y las han contestado.

_____ Doy permiso de que me hagan el examen de anticuerpos del VIH.

_____ No, no doy permiso de que me hagan el examen de anticuerpos del VIH. Entiendo que si no doy permiso, eso puede limitar la información médica que va a tener mi partera. Tambien, entiendo que si no doy permiso, eso no va a afectar el acceso de mi cuidado médico.
(Por la ley de Illinois, si no hago el examen, emtiendo que le van a hacer el examen a mi bebé cuando nazca)

Firma: _____ Fecha: _____

Testigo: _____