

Fecha: ____/____/____

ID #: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DEL VIH Y AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN LIMITADA DE RESULTADOS DE LA PRUEBA

Acepto que se me tomen una muestra de sangre y se analice para determinar la presencia en mi organismo del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que causa el SIDA. El médico o un consejero del hospital me ha explicado los posibles usos de la prueba del VIH, sus limitaciones y el significado de los resultados.

1. Personal médico y administrativo del hospital que participe en mi atención o en investigaciones apropiadas.
2. Personas a quienes yo autorice por escrito al hospital a informar mi historial médico.
3. Personas a quienes el hospital esté legalmente obligado a informar de mi historial.

El médico o un consejero del hospital me ha explicado mi opción de realizarme la prueba en un centro alternativo patrocinado por el estado, el cual brindaría mayores protecciones de confidencialidad a mis resultados de VIH que las que la ley de Florida concede a los registros médicos hospitalarios. Entiendo esta opción y elijo realizarme la prueba del VIH en el hospital.

Liberación Limitada:

Para que mi factura hospitalaria pueda ser pagada, autorizo la liberación de mi historial médico que contenga los resultados de la prueba del VIH a mi compañía de seguros o a otro tercero responsable del pago. También autorizo al hospital a divulgar mi historial médico que contenga los resultados de la prueba del VIH a cualquier persona a quien yo posteriormente otorgue permiso por escrito para ver u obtener una copia de mi historial médico.

Firma del Paciente

Fecha

Consentimiento:

He leído este consentimiento y he tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas a mi satisfacción. Entiendo los riesgos y beneficios de mi decisión de realizarme la prueba del VIH.

Firma del Paciente

Fecha

Testigo:

He seguido el protocolo del hospital al proporcionar información al paciente mencionado, de modo que el consentimiento y la autorización obtenidos sean voluntarios e informados. El paciente ha demostrado que puede y entiende el consentimiento otorgado.