

CONSENTIMIENTO PARA PRUEBA DIAGNOSTICA DE H.I.V.

Ciudad y fecha:/...../20.....-

1. Yo....., D.N.I. / C.I. / L.E. / L.C. N°.....,

de.....Años de edad, estado civil....., domiciliado

en.....; declaro que he sido ampliamente informado/a sobre la prueba diagnóstica que me ha sido indicada para la detección indirecta del virus que transmite el SIDA (H.I.V.), la cual se realizará mediante la técnica ELISA.

2. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:

2.1. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es una enfermedad infecciosa crónica causada por el virus HIV y co factores asociados.

2.2. Básicamente existen dos niveles de pruebas serológicas para el diagnóstico del HIV: pruebas de screening o tamizado (nivel 1), y pruebas suplementarias o confirmatorias (nivel 2), como por ejemplo la Western Blot. Entre las primeras el estudio ELISA es el método más utilizado. No detecta el virus, sino los anticuerpos generados por el organismo para defenderse de él. Tiene alta sensibilidad, y de allí que, por diversas condiciones, patologías o entidades clínicas, ocasionalmente puede arrojar como resultado un falso positivo.

2.3. Si la primer prueba arrojase resultado positivo, se deberá realizar una segunda prueba bajo el mismo método o bien la prueba de Western-Blot, para así poder arribar a una diagnóstico de certeza.

2.4. El resultado de la prueba me será entregado en sobre cerrado, y en caso de tener resultado positivo será informada por profesional médico acerca de la necesidad de realizar un nuevo estudio diagnóstico, sobre el carácter infectocontagioso del virus, los medios y formas de transmitirlo, las precauciones que debo tomar hasta que se arrije a un diagnóstico definitivo, y mi derecho a recibir una asistencia médica y psicológica.

3. Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.**4.** Contando con información necesaria, y conociendo las razones por las cuales se me ha indicado o solicitado el estudio, autorizo en consecuencia su realización.**Firma del paciente:****Aclaración**.....**SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:**

Por la presente dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

(1) Firma: **(2) Firma:****Aclaración:** **Aclaración:**

Documento: Documento:

Teléfono: Teléfono:

Domicilio: Domicilio:

(1)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

(2)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: