

CONSENTIMIENTO PARA PRUEBA DIAGNOSTICA DE H.I.V.

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

1. Yo....., D.N.I. / C.I. / L.E. / L.C. Nº.....,
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
seré 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 deajo 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: