



Inland Empire Health Plan

## CONSENTIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE VIH

Yo doy consentimiento a ser analizado(a) para ver si he sido infectado(a) con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el cual es el posible agente causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

### EL SIGNIFICADO DEL ANÁLISIS

Este análisis no es para detectar SIDA sino solo la presencia de VIH. El estar infectado(a) con VIH no significa que tengo SIDA ni que voy a tener SIDA u otras enfermedades relacionadas con este. Se deben revisar otros factores antes de determinar que yo tenga SIDA.

La mayoría de los resultados de los análisis son precisos, pero a veces los resultados son equivocados o inexactos. En algunos casos los resultados del análisis podrían indicar que la persona está infectada con VIH cuando de hecho la persona no lo está (positivo falso). En otros casos el análisis puede fallar al detectar que la persona esté infectada con VIH cuando de hecho la persona lo está (negativo falso). A veces el análisis no puede indicar si la persona está infectada o no. Si yo he sido infectado(a) con VIH, podría tomar algún tiempo antes de que el análisis refleje la infección. Por estos motivos, yo tendría que repetir el análisis.

### CONFIDENCIALIDAD

La Ley de California limita la revelación de los resultados de mi análisis de VIH. Bajo la ley, nadie más que mi médico y otros asistentes de cuidado saben sobre los resultados del análisis a no ser que yo dé consentimiento específico por escrito de permitirle saber a otras personas los resultados. En algunos casos, mis médicos pueden revelar los resultados de mi análisis a mi cónyuge, algún(os) compañero(s) sexual(es) ó compañero(s) que comparta(n) jeringas, al oficial de salud del condado, ó a un(a) trabajador(a) del cuidado de salud que haya sido expuesto(a) substancialmente a mi sangre u otro material potencialmente infeccioso. Toda información relacionada a este análisis se mantiene en mi historial médico.

### BENEFICIOS Y RIESGOS DEL ANÁLISIS

Los resultados del análisis pueden ayudarme a tomar mejores decisiones sobre el cuidado de mi salud y mi vida personal. Los resultados del análisis pueden ayudarnos a mí y a mi médico para tomar decisiones referente al tratamiento médico. Si los resultados son positivos, yo sé que puedo infectar a otros y puedo actuar en prevenir esto.

Riesgos potenciales incluyen estrés psicológico mientras la espera los resultados del análisis, y angustia si los resultados son positivos. Algunas personas han tenido problemas con su trabajo, vivienda, educación o seguro cuando se han dado a conocer los resultados del análisis.

### MAYOR INFORMACIÓN

Tengo entendido que antes de decidir tomar este análisis debo asegurarme que he tenido la oportunidad de preguntarle a mi médico todas las preguntas que tenga referente al análisis, su significado, sus riesgos y beneficios, y cualquier alternativa al análisis.

Al firmar al calce, confirmo que he leído y entendido la información en este documento, que se me ha brindado toda la información que deseo referente al análisis VIH, su significado, beneficios que se esperan, posibles riesgos, y cualquier alternativa a los análisis, y que han respondido a mis preguntas.

Además, confirmo que he dado mi consentimiento para que se lleve a cabo el análisis para detectar VIH.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM/PM  
Paciente/Padre/Madre/Conservador/Tutor(a)

Si es firmado por una persona que no es

el(a) paciente, indique parentesco \*: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM/PM

\*Este consentimiento puede ser firmado por una persona que no es el(a) paciente, únicamente en las siguientes circunstancias:

1. El(a) paciente es menor de 12 (doce) años de edad ó como resultado de su condición, es incapaz de dar consentimiento para un análisis sanguíneo de anticuerpos VIH; y
2. La persona que da consentimiento al análisis por parte del(a) paciente está autorizada legalmente a tomar decisiones del cuidado de la salud por parte del(a) paciente, por ej.: un apoderado asignado(a) por el(a) paciente bajo la Carta Poder Durable para el Cuidado de Salud; el padre, la madre, ó tutor de un(a) menor; un(a) conservador(a) debidamente autorizado(a), ó bajo circunstancias adecuadas, el(a) familiar más cercano del(a) paciente que esté disponible (ver los capítulos 2 y 20); y
3. Es necesario obtener los resultados de anticuerpos VIH para poder prestar el cuidado adecuado al(a) paciente ó para poner en práctica medidas preventivas. Código de Salud y Seguridad artículo 121020.

---

Patient Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Member #: \_\_\_\_\_



Provider Name: \_\_\_\_\_

*Consent for the HIV Test*