

**DECLARACIÓN DE VOLUNTAD Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR  
TEST DE VIH  
(Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida Humana)**

<b>Nombre del Paciente (nombres y apellidos)</b>		
<b>R.U.T/Pasaporte del Paciente</b>		
<b>Fecha de Nacimiento</b>		<b>Sexo: Femenino_____ Masculino_____</b>
<b>Edad</b>		
<b>Domicilio</b>		<b>Comuna</b>
<b>Teléfono</b>		<b>Correo electrónico</b>
<b>País de nacimiento</b>		<b>Embarazo: Si_____ No_____</b>

**Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.**

**INFORMACIÓN**

**El presente documento tiene como objetivo** que usted, luego de haber recibido información, manifieste de manera libre y voluntaria, a través de su firma, la autorización o rechazo a la realización del examen de detección del VIH, según se establece en la Ley N° 19.779 y en la normativa del Ministerio de Salud.

El examen para detectar el virus del SIDA (Virus de inmunodeficiencia Humana, VIH) se realiza a partir de una muestra de sangre que, al ser procesada, puede entregar un resultado negativo o positivo.

**Si el resultado es positivo**, significa que se detecta la presencia de anticuerpos al VIH y que el Instituto de Salud Pública (ISP) ha confirmado que la persona ha adquirido el virus. La entrega del resultado final podrá requerir, en algunos casos, de una segunda muestra de sangre. El procesamiento de la muestra de sangre y su confirmación toma, aproximadamente, cuatro semanas. Para que el examen pueda detectar con seguridad el virus VIH, se requiere que la toma de la muestra de sangre y su análisis se realice luego de tres meses desde la última situación de riesgo para adquirirlo (período de ventana).

El examen se debe ofrecer con Consejería Pretest, que tiene como propósito informar sobre el VIH y el examen de detección, firmar el Consentimiento Informado y tomar acuerdos para la entrega del resultado.

El resultado de su examen será entregado personalmente con Consejería Postest en la que, además recibirá información respecto de las estrategias de prevención y/o los Servicios de Salud disponibles para la atención, si corresponden.

Toda la información que usted entregue en ambas sesiones será tratada confidencialmente.

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**  
**(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)**

**YO** \_\_\_\_\_ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre la **Realización del Test de VIH** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

**DECLARO** haber comprendido este documento y haber recibido Consejería Previa a la realización del test.

**DECLARO** que la información entregada es cierta y fidedigna.

**ACEPTO** la responsabilidad de retirar personalmente el resultado de mi examen; en caso de no retirarlo en la fecha acordada, acepto que se me contacte confidencialmente, según los procedimientos que me han informado (llamado telefónico, visita domiciliaria, carta certificada).

**Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN:**

**ACEPTO SE ME (LE) REALICE EL EXAMEN DE DETECCIÓN DEL VIH**

**NO ACEPTO**

<b>Fecha de toma de muestra del examen</b>		
<b>Nombre de profesional que entrega consejería (1 nombre y 1 apellido)</b>		<b>Firma Consejero</b>
<b>Nombre completo del paciente (2 nombres y 2 apellidos)</b>		<b>Firma Paciente</b>
<b>Nombre completo Del Representante Legal o tutor (2 nombres y 2 apellidos)</b>		<b>Firma Representante Legal</b>
<b>RUT/Pasaporte Del Representante Legal o tutor</b>		
<b>Parentesco del Representante Legal o tutor</b>		