

## CARTA DE CONSEJERIA Y CONSENTIMIENTO EXAMEN VIH

A Ud. se le ha solicitado un TEST de VIH, es decir, un estudio para detectar si está infectado por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana o Virus del SIDA.

Este examen detecta la presencia de anticuerpos contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana, y el resultado positivo no implica necesariamente que tenga la enfermedad.

Su médico requiere tener la información de este test, para un mejor conocimiento de su estado de salud. Si su médico lo solicita es importante para usted.

Existen dos posibilidades del resultado:

1.- **NO REACTIVO:** deberá retirarlo en un plazo de 2 a 3 días en INTERSALUD.

2.- **REACTIVO:** la muestra se envía al Instituto de Salud Pública (ISP), codificado, para mantener la absoluta reserva de su nombre. El ISP nos remite el resultado final en 4 a 5 semanas y Ud. será citado por nosotros para la entrega del examen.

El Ministerio de Salud ha determinado que el examen de detección del VIH debe ser:

- **Voluntario:** es usted quien decide si quiere o no hacerse el examen.
- **Con consejería pre y post test:** usted debe recibir información, orientación, y apoyo antes de realizarse el examen y al momento de la entrega del resultado.
- **Con consentimiento:** Usted debe dejar constancia de su voluntad frente al examen por escrito.

Yo: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

certifico que se me ha explicado lo que significa efectuarme el test de VIH, he tenido ocasión de preguntar y aclarar mis dudas, y he decidido en conciencia:

• **ACEPTAR** la realización del examen de VIH: \_\_\_\_\_  
Firma Consultante

• **NO ACEPTAR** la realización del examen de VIH: \_\_\_\_\_  
Firma Consultante

Y declaro para efectos de notificación de resultados la siguiente información:

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ FONO: \_\_\_\_\_

**EN CASO DE MENORES DE 18 AÑOS Y DISCAPACITADOS MENTALES PERMANENTES/TEMPORALES:**

**Identificación del Paciente:**

Nombre: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Fono: \_\_\_\_\_

**Identificación del Representante legal:**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

FONO: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

➤ **Si acepto** la realización del examen de VIH: \_\_\_\_\_  
Firma Representante Legal

➤ **NO acepto** la realización del examen de VIH: \_\_\_\_\_  
Firma Representante Legal

**EN CASO DE ACCIDENTES CORTOPUNZANTES:**

**Paciente Fuente:** Yo \_\_\_\_\_ acepto que el afectado sepa el resultado de mi examen de VIH dado su importancia en el manejo y tratamiento de dicho funcionario.

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente Fuente

**Funcionario Accidentado:** Yo \_\_\_\_\_ me comprometo a mantener la confidencialidad del resultado del examen de VIH del paciente fuente, teniendo en cuenta la responsabilidad civil y penal que implica romperla.

\_\_\_\_\_  
Firma Funcionario Accidentado

**IDENTIFICACIÓN DEL CONSEJERO:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Nota:** En menores de 14 años, se requerirá la firma del CI por un Tutor o Representante Legal. En mayores de 14 años y menores de 18 años, la regla general requerirá la firma del CI por un Tutor o Representante Legal; a excepción que el menor consultante exprese la solicitud de la confidencialidad de su examen.