

**AN-T-07-053 Carta consentimiento informado para realizarse el examen de VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida Humana)**

Señor(a):

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.

Declaro haber comprendido este documento y haber recibido Consejería Previa a la realización del test. Acepto la responsabilidad de retirar personalmente el resultado; 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).

Acepto realizarme el examen de detección del VIH       NO Acepto

Nombre completo \_\_\_\_\_  
(2 Nombres, 2 Apellidos)

RUT \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Como Tutor o representante Legal**

Acepto se le realice el examen de detección de VIH a:       NO Acepto

Nombre completo de paciente \_\_\_\_\_  
(2 Nombres, 2 Apellidos)

RUT del paciente \_\_\_\_\_

Nombre completo Tutor o Representante legal \_\_\_\_\_  
(2 Nombres, 2 Apellidos)

RUT \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Parentesco con el paciente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma Profesional que entrega consejería