

**AN-T-07-059 Carta consentimiento informado para realizarse el examen de VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida Humana) más test rápido en pacientes gestantes en trabajo de parto**

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.

En la embarazada en trabajo de parto, que no cuente con su examen actualizado y/o que la paciente no cuente con un respaldo físico del examen, se realizará un test rápido, con el cual se decidirá conducta de resolución de parto y lactancia. Este examen será repetido por otra técnica dentro de 6 horas y es el que será entregado a usted. Y derivado al ISP si es necesario confirmación. Ambos test pueden dar resultado falso positivo y negativo.

El examen se debe ofrecer con Consejería Pretest y el resultado 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 \_\_\_\_\_

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

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

**Como Tutor o representante Legal**

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

Nombre de paciente \_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_

Nombre firma y RUT de Tutor o Representante legal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma Profesional Capacitado/a en consejería

**ESTA SECCION ES COMPLETADA EXCLUSIVAMENTE POR BANCO DE SANGRE O LABORATORIO**

He recibido el resultado del examen de detección del VIH, con consejería, en la que me ha explicado el significado del resultado y se me ha informado sobre medidas de prevención de atención de salud, si lo requiero.

Nombre y firma consultante (O representante legal): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma profesional capacitada en consejería