



**Departamento de Salud del Estado de Florida
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO
PRUEBA ANÓNIMA PARA VIH (VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA)**

La prueba del VIH es un proceso que utiliza pruebas aprobadas por la “Administración de Alimentos y Medicamentos” para detectar la presencia del VIH, el virus que causa el SIDA y observar cómo el VIH está afectando su cuerpo. El tipo más común de prueba de detección del VIH identifica anticuerpos generados por el propio cuerpo luego de producida la infección. Los resultados son altamente confiables pero un resultado negativo no garantiza que usted no esté infectado. Generalmente, los anticuerpos del VIH pueden demorar hasta tres meses en aparecer. Esto se llama el “período ventana”. Durante este período, su examen del VIH puede ser negativo aunque el virus esté presente en su cuerpo, y puede transmitirlo a otras personas. Un resultado positivo de anticuerpos del VIH significa que usted está infectado con el VIH y puede transmitirlo a otras personas aún sintiéndose usted saludable.

Si usted otorga su consentimiento completando y firmando este formulario, le será extraído un espécimen y se lo examinará. Generalmente, los resultados estarán disponibles en aproximadamente 2 semanas. Si se utilizaran pruebas rápidas, los resultados estarán disponibles el mismo día. Si la prueba rápida detecta anticuerpos del VIH, es muy probable que usted esté infectado con el virus pero este resultado necesitará ser confirmado. Se le pedirá entregar un segundo espécimen para pruebas avanzadas. Los resultados de esta prueba confirmatoria estarán disponibles en aproximadamente 2 semanas.

Si el resultado es positivo, se le preguntará sobre sus parejas sexuales. Se le harán preguntas acerca de las personas con las que ha tenido sexo, y/o si ha compartido agujas y se le ofrecerán servicios de consejería y remisión para su pareja.

Una detección temprana del VIH puede ser importante para su tratamiento, el cual con las precauciones adecuadas, ayuda a prevenir la diseminación de la enfermedad. Si usted está embarazada, existe disponible un tratamiento para ayudar a prevenir que su bebé contraiga VIH. Si tiene alguna duda, por favor consulte con su consejero, médico o llame a la línea para el VIH de Florida (1-800-FLA-AIDS o 1-800-352-2437) antes de firmar este formulario.

CONSENTIMIENTO OTORGADO El cliente debe indicar si desea ser examinado marcando “Si” o “No”

_____ **SI** _____ **NO**
 Marque aquí

He sido informado sobre la prueba del VIH y sus beneficios y limitaciones. Entiendo que algunas pruebas requieren extraerme un segundo espécimen para futuros exámenes. Estoy de acuerdo con ser examinado.

Fecha

Colocar aquí la etiqueta DH1628 de número de rastreo

Firma del Testigo _____
Fecha

Instrucciones:

1. Por favor asegúrese de que los clientes lean y entiendan la información proveída en este formulario de consentimiento. Si los clientes no pueden leer o entender esta información, el consejero deberá leérsela.
2. Luego de que los clientes anónimos reciban información acerca de la prueba de anticuerpo VIH, deben indicar su consentimiento marcando “Sí ” o “No”, fechando el formulario, y, para aquellos que elijan examinarse, citar el número de identificación de rastreo en el formulario.
3. Todos los formularios de consentimiento deben tener la firma de un testigo. El consejero que actuó como consejero pre-evaluación puede servir como testigo.