

ANEXO 24



Fecha: _____

Nº de orden: _____

Carta de consentimiento informado para realizarse el examen de VIH (Virus de la Inmunodeficiencia 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 este virus se realiza a partir de una muestra de sangre que al ser procesada, puede entregar un resultado negativo o positivo. El resultado negativo significa que no se encuentran anticuerpos al VIH, según la técnica empleada en el laboratorio donde se tomo la muestra; el resultado positivo significa que se detecta la presencia de anticuerpos al VIH y que el Instituto de Salud Pública (ISP) ha confirmado. En este último caso la entrega del resultado final demorará aproximadamente cuatro semanas y requerirá de una segunda muestra de sangre, en el lugar y hora acordada junto con el personal del laboratorio vía telefónica.

Le informamos que existe un lapso de tiempo llamado **Periodo de ventana**, en el cual las técnicas empleadas en los laboratorios a nivel nacional, no son capaces de detectar los anticuerpos contra el virus. Por ello se sugiere que si usted a tenido alguna situación en la que cree haber contraído el virus, espere tres meses desde esa situación para realizarse o repetir el examen si este resultó negativo.

Antes del examen se le realizará una asesoría 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 Asesoría Posttest 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.

YO, _____ RUN _____ 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, según los procedimientos que me han informado (llamado telefónico, visita domiciliaria, carta certificada).

Frente a esto decido:

Sí, acepto realizarme el examen de detección del VIH

Firma consultante
o representante legal

Fecha próxima citación: _____

Nombre y firma
Profesional consejería

No acepto realizarme el examen de detección del VIH

Firma consultante
o representante legal