



Departamento de Servicios de Salud del Condado de Contra Costa

Consentimiento para la Prueba de Anticuerpos del Virus del SIDA- Confidencial

**Iniciales del
Cliente**

_____ He sido informado sobre la diferencia entre la prueba de VIH anónima y confidencial. Comprendo que los resultados de la prueba positivo de VIH serán reportados utilizando su nombre al Departamento de Salud de California para archivar los datos. Su información se mantendrá confidencial.

_____ Dar su seguro social es voluntario.

_____ He sido informado sobre las limitaciones e implicaciones de las pruebas. Entiendo que las pruebas no son 100% exactas y confiables.

**Iniciales del
Cliente**

La Prueba Rápida Solamente

_____ He sido informado que hoy recibiré el resultado inicial de mi prueba de VIH antes de salir. Comprendo que un resultado negativo no requiere confirmación.

_____ He sido informado que un resultado reactivo de la prueba rápida de VIH tiene que ser confirmado por una prueba del laboratorio. Consiento a dar una muestra de sangre o fluido oral para esta prueba confirmatoria si mi prueba inicial sale reactiva.

Entiendo que esta es una prueba confidencial y que los resultados serán dados solamente al personal médico del Departamento de Servicios de Salud que está directamente involucrado en mi tratamiento y atención médica. También entiendo que con la excepción de aquellas personas autorizadas por la ley, no se le informará a nadie más de los resultados de mi prueba sin que yo lo autorice por escrito.

Con mi firma a continuación, confirmo que he recibido información que explica los beneficios y riesgos de las pruebas de VIH, y tuve la oportunidad de hacer preguntas que fueron contestadas de manera satisfactoria. Consiento someter una muestra de sangre o fluido oral para recibir la prueba de VIH.

_____ Fecha

_____ Hora

_____ Firma del cliente

_____ Numero de Seguro Social

_____ Escriba su nombre en molde

**Iniciales del
Cliente**

Información para Contactar al Paciente:

_____ Entiendo que si no asisto a mi cita para saber los resultados de mi prueba, un empleado del Departamento de Salud intentará contactarme.

_____ Dirección

_____ Ciudad

_____ Estado

_____ Código Postal

_____ Teléfono de casa

_____ Teléfono alternativo

_____ Fecha de Nacimiento

Instrucciones adicionales para contactarme: _____