

**PRUEBA PARA LOS ANTICUERPOS
VIRUS DE IMMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)
(HIV - En Inglés)**

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO (SEROLOGIA)

Esta no es una prueba para el SIDA (AIDS en inglés). Esta es una prueba para los anticuerpos producidos por el virus llamado VIH (HIV - en inglés). Un consejero me ha dado y/o leído una copia del papel que explica los detalles de la prueba. También se me ha explicado lo que significa un resultado negativo o positivo. En mi próxima visita, un consejero me explicará el resultado de mi prueba.

Entiendo la importancia de saber el resultado de mi prueba para VIH (HIV). Entiendo que en esta clínica mi prueba se tomará de forma confidencial. Tomar la prueba de esta manera significa que en este formulario voy a firmar mi nombre y dar mi dirección y número de teléfono correcto. Si tomara esta prueba en cualquier otra clínica, hospital o doctor privado, tendría que dar la misma información básica. Esta información facilita entrar en tratamiento y/o saber de otros servicios disponibles. También facilita localizarme si no pudiera regresar para el resultado de mi prueba.

Se me dará un número clave como referencia. El número clave estará en este formulario, en el tubo de sangre y la hoja de laboratorio que lo acompaña. El tubo de sangre y la hoja de laboratorio se enviarán al Departamento de Salud de Nueva Jersey, donde se hará los análisis de la prueba. Solo mi número clave estará en el tubo de sangre y en la hoja de laboratorio, no mi nombre. Toda información se mantiene bajo llave.

Si mi prueba resulta positiva, la ley requiere que la información se envíe al Departamento de Salud de Nueva Jersey. Esta información se podrá enviar a otras agencias solo con mi permiso por escrito u orden judicial.

Yo he leído o alguien me ha leído este formulario. Todas mis preguntas han sido contestadas. Firmare mi nombre, daré mi dirección y número de teléfono.

(Firma del Testigo)

(Firma del Cliente)

(Número Clave/Referencia)

(Dirección)

(Fecha)

(Ciudad y Estado)

(Teléfono)