

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL ANALISIS DEL HIV

Código del Paciente

--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre y Apellido:.....

Domicilio:.....

DNI:.....

Fecha de nacimiento:...../...../.....

Declaro en forma libre y voluntaria que he sido informado, sobre la conveniencia y riesgos de someterme a una prueba diagnóstica para la detección del HIV.

Se me ha explicado en qué consiste la prueba, los beneficios del diagnóstico temprano para el cuidado de la salud, se me ha transmitido el alcance y significado de los resultados. A su vez, me ha sido garantizada la Confidencialidad de los resultados, como también el debido asesoramiento y se me ha informado el derecho a la asistencia, en caso de estar infectado por el HIV, en el marco de la legislación vigente.

Firma de consentimiento

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL ANALISIS DEL HIV

Código del Paciente

--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre y Apellido:.....

Domicilio:.....

DNI:.....

Fecha de nacimiento:...../...../.....

Declaro en forma libre y voluntaria que he sido informado, sobre la conveniencia y riesgos de someterme a una prueba diagnóstica para la detección del HIV.

Se me ha explicado en qué consiste la prueba, los beneficios del diagnóstico temprano para el cuidado de la salud, se me ha transmitido el alcance y significado de los resultados. A su vez, me ha sido garantizada la Confidencialidad de los resultados, como también el debido asesoramiento y se me ha informado el derecho a la asistencia, en caso de estar infectado por el HIV, en el marco de la legislación vigente.

Firma de consentimiento