

Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas
Revelación y consentimiento para la prueba del virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

AL PACIENTE: la información en este formulario de consentimiento se provee para que usted esté mejor informado sobre la prueba del virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Tras estar seguro de entender la información que se le dará y querer hacerse la prueba, debe firmar este formulario para indicar que entiende y consiente a la prueba del VIH.

Entiendo que la prueba que el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas usa actualmente es una prueba de anticuerpos, lo cual significa que detecta la presencia de anticuerpos al VIH y no el virus en sí.

- Entiendo que para la prueba se usa una muestra de mi sangre, que se sacará de una vena en mi brazo.
- Entiendo que para la prueba se usa una muestra de mi sangre, que se sacará con un piquete en mi dedo.
- Entiendo que para la prueba se usa una muestra de tejido de las mejillas y las encías, que se tomará con una almohadilla especial que pondré entre mi encía inferior y el interior de mi mejilla.

Entiendo que si la primera prueba es positiva, será necesaria una prueba de confirmación en forma de técnica de inmunoelectrotransferencia.

Si se hizo la prueba tradicional de anticuerpos al VIH usando un tubo de sangre, un papel de filtro con gotas de sangre secas u Orasure o las tres cosas, la prueba de confirmación se hará usando la muestra original que indicó la presencia de anticuerpos.

Si se hizo una prueba rápida de VIH, se necesitará obtener una muestra adicional para la prueba de confirmación. La prueba de confirmación se puede hacer usando una de las siguientes opciones y variará de agencia a agencia.

Las tres opciones son:

- una prueba Orasure que usa una muestra de tejidos de las mejillas y las encías,
- se saca un tubo de sangre o
- se completa un papel de filtro usando la sangre obtenida de un piquete en el dedo.

Además entiendo que se considerará que estoy infectado con VIH solamente después de que una prueba distinta confirme que mi sangre da positiva del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Entiendo que ninguna de dichas pruebas diagnostica el SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida). Además entiendo que un resultado positivo de cualquiera de las pruebas no indica que tenga SIDA en la actualidad o que desarrollaré SIDA en un futuro, sino que probablemente me he infectado con VIH, que causa SIDA.

Entiendo que si se me informa que todos los resultados de mis pruebas son positivos, probablemente me he infectado con VIH, el virus que causa el SIDA. Entiendo que saber los resultados de las pruebas puede ayudarme a tomar decisiones importantes en mi vida diaria y que la información será útil a mis proveedores de salud. También entiendo que se me podría derivar a asesoría más extensa, atención médica y demás derivaciones necesarias para ayudarme.

Entiendo que además del conocimiento que obtendré de haberme hecho la prueba, hacerse una prueba de VIH (el virus que causa el SIDA) tiene ciertos riesgos. Un pequeño porcentaje de pruebas podría dar un resultado "falso positivo" o "falso negativo". Entiendo que un resultado "falso positivo" significa que una prueba ha indicado incorrectamente que estoy infectado con VIH cuando, en efecto, no lo estoy. Entiendo que un resultado "falso negativo" significa que una prueba ha indicado incorrectamente que no estoy infectado con VIH cuando, en efecto, lo estoy. Entiendo que un pequeño porcentaje de resultados puede ser inconcluso y podría requerir volver a hacerse la prueba tras un período de tiempo, por ejemplo, 60 días.

Entiendo que hay una posibilidad de que haya estado expuesto al VIH (el virus que causa el SIDA) y que mi cuerpo pudo no haber hecho suficientes anticuerpos que las pruebas puedan detectar y que podría entonces tener que repetir las pruebas después.

He contestado todas las preguntas sobre mi historial médico y mi estado de salud actual completa y verazmente.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre las pruebas, incluidos los riesgos y los beneficios de hacerme dichas pruebas. Se han contestado satisfactoriamente todas las preguntas que tengo sobre las pruebas.

Entiendo que ni el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas, ni sus empleados, ni el estado de Texas han garantizado la exactitud de los resultados de las pruebas.

Entiendo que conforme a las leyes del estado de Texas, las pruebas de VIH (el virus que causa el SIDA) son estrictamente confidenciales y se pueden revelar a los médicos, los enfermeros o algún otro miembro del personal de salud con la necesidad legítima de saber el o los resultados de la prueba a fin de dar su protección y de velar por mi salud y bienestar. Los archivos se manejarán de forma confidencial, y se ha informado al personal que maneja los archivos sobre las leyes tocantes a la confidencialidad en Texas.

Se me ha dado información sobre las pruebas de la siguiente manera: (marque una) Oralmente Por escrito

Se me ha explicado el formulario. (Marque uno) He leído el formulario o me han leído el formulario y entiendo su significado.

Todos los espacios en blanco se rellenaron antes de yo firmar el formulario.

FIRMAS

SECCIÓN I:

Nombre del cliente/paciente: _____

Persona autorizada a consentir: _____ Relación: _____

Firma: _____ Fecha: _____

SECCIÓN II: certifico que no se puede contactar a la persona con el poder de consentir y ésta no ha objetado anteriormente al servicio que se solicita.

Nombre del cliente/paciente: _____

Nombre de la persona que da el consentimiento: _____ Relación con el paciente (de no ser el paciente): _____

Dirección: _____ Fecha: _____

Número telefónico: _____

SECCIÓN III:

Especialista en Reducción de Riesgo/firma del Orientador: _____