

Prueba de Anticuerpo/Antígeno del Virus de Inmunodeficiencia Humana

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA PRUEBA COMBO DE VIH Ag/Ab

El ensayo combo de VIH Ag/Ab es una prueba para la detección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Esta prueba estudia ambos los antígenos y los anticuerpos que podrían desarrollarse debido a la infección con VIH.

Entiendo que se llevará a cabo una Prueba Combo que usará un espécimen de una gota de sangre de mi dedo la cual podrá ser seguida por una segunda prueba, hecha de una gota de sangre de mi dedo, para confirmar un resultado positivo de anticuerpo en la prueba combo. Si hay un resultado positivo de antígeno en la prueba combo, la prueba de confirmación usará un espécimen de sangre sacada de mi brazo.

Entiendo que recibiré el resultado de la prueba hoy.

Si recibo un resultado Negativo de la Prueba esto significa que es muy improbable que esté infectado con VIH.

Si recibo un resultado Positivo Preliminar de la prueba, esto significa que existe una buena posibilidad de que esté infectado con el VIH. Esto significa también que necesitaré pruebas de sangre adicionales para confirmar el resultado positivo de VIH. Si se toma una gota de sangre de mi dedo para hacer una segunda prueba rápida para anticuerpos y proteínas virales de VIH, recibiré los resultados en alrededor de 20 minutos. Ésta es la mejor manera de estar seguro de que la información que me dan es precisa. Si se saca sangre de mi brazo para confirmar el resultado positivo de antígeno no recibiré los resultados por unos pocos días y seré enviado para consulta con un médico.

Entiendo que la prueba será confidencial, lo cual significa que firmaré mi nombre y proporcionaré mi dirección y número de teléfono en este formulario. Ésta es la mejor manera para yo ingresar en un programa de tratamiento, de ser necesario, y de aprender acerca de otros servicios.

Se asignará y usará un número codificado para identificarme. El número codificado se pondrá en este formulario y todos los materiales de la prueba. Si es necesario hacer una prueba para confirmar se usará el mismo número codificado para ser colocado en el tubo de sangre. Todos los records en este programa de pruebas se mantienen como confidenciales y bajo llave.

Entiendo que si recibo un segundo resultado positivo de la prueba, el mismo será notificado al Departamento de Salud del Estado de Nueva Jersey según requerido por ley. Cualquier otra divulgación de esta información requerirá mi consentimiento por escrito, una orden de la corte o una citación.

He leído o alguien ha leído para mí este formulario. Un consejero ha contestado todas mis preguntas y he decidido tener la prueba para VIH. Daré mi permiso para la prueba mediante mi firma de este formulario abajo.

(Firma del Testigo)

(Firma del Cliente o Guardián)

(Número Codificado)

(Dirección de la Calle del Cliente)

(Fecha)

(Ciudad, Estado y Código Postal)

(Número de Teléfono)