



ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO O MANIFESTACIÓN DE VOLUNTAD
PRUEBA VIH VISUAL/RÁPIDO ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (INTRAMURO)

YO _____

RUN/DI* _____ Fecha de Nacimiento _____

Declaro haber recibido información y orientación previa a la realización de la prueba para VIH visual/rápida a y que los datos que he entregado son verídicos.

La prueba sirve para detectar el VIH (virus del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida o SIDA), que afecta el sistema inmunológico y que se transmite o adquiere por vía sexual, vía sanguínea y perinatal.

Con mi forma expreso la **autorización o rechazo a la realización del test**, correspondiendo a una decisión libre y voluntaria. Si acepto la toma del test, accedo, también que se realicen todos los procedimientos necesarios para concluir el proceso diagnóstico, como la toma de una muestra de sangre venosa, si fuese requerida.

El resultado puede ser No Reactivo o Reactivo, lo que me será informado inmediatamente. Si el resultado es Reactivo, se debe enviar una muestra de sangre venosa al Instituto de Salud Pública (ISP) para confirmación. Si debo tomarme una muestra venosa, es mi deber retirar el resultado de esta confirmación en la fecha que se me ha citado. En caso de no asistir a dicha citación sé que podré ser contactado/a confidencialmente, según los procedimientos que me han informado (Llamado telefónico, visita domiciliaria, carta certificada).

Se me ha informado también, que el examen es confidencial y su resultado me será entregado con información por personas capacitadas.

☐

Acepto realizarme el test de VIH

Firma consultante o representante legal

(Nombre, N° telefónico u otro medio de
contacto en caso de ser menor de 18 años)

☐

No acepto realizarme el test de VIH

Firma consultante o representante legal

Fecha: _____

*Di: Documento de Identificación



CONSENTIMIENTO INFORMADO O MANIFESTACIÓN DE VOLUNTAD PRUEBA VIH VISUAL/ RÁPIDO

Favor completar con letra clara y legible

Establecimiento de salud	
Nombre Completo	
RUN o DI	
Fecha de Nacimiento	
Edad	
Sexo	
Previsión	
Dirección	
Comuna	
Región	
Nacionalidad	
Teléfono	
Correo electrónico	
Pertenencia a Pueblos originarios _____ SI _____ NO	 _____ Aimara _____ Alacalufe / Kawuaskar _____ Quechua _____ Atacameño _____ Colla _____ Daguita _____ Rapa nui _____ Mapuche _____ Yámana o Yágan

Resultado Test Rápido _____

Fecha recepción de resultado _____ Firma recepción de resultado _____

Nombre y firma Responsable entrega resultado _____

Derivación: SI ☐ NO ☐

Lugar derivación _____