

3. Un centro de cuidado médico (como un hospital, banco de sangre o laboratorio) ha hecho el examen. Algunas personas que tienen SIDA o el virus del que está brindando atención médica a Ud. o a su hijo(a). La información concerniente al VIH y al SIDA puede también registrarse en su ficha o archivo médico:
4. Un proveedor de cuidado médico (como un doctor o enfermera) que esté brindando atención médica a Ud. o a su hijo(a):
5. Un comité u organización que analiza los registros en un centro médico para supervisar el cuidado brindado en dicho centro:
6. Compañías de seguros o programas gubernamentales como "Medicaid" si éstos lo requieren para efectuar pagos por servicios recibidos por Ud. o para otros tipos de reclamaciones tales como reclamaciones de incapacidad. (Es probable que Ud. pueda pagar el examen si no desea que la compañía de seguros obtengan el resultado.) Si se hace el examen debido a un seguro, puede elegir a un doctor o proveedor de cuidado médico para que éste reciba el resultado si es positivo:
7. Una persona que obtenga una orden de la corte que le otorgue el derecho de obtener el resultado (esto sólo sucede en casos excepcionales);
8. Una institución estatal (tal como un centro correccional u hospital mental estatal), donde los empleados puedan obtener la información en casos especiales:
9. Un empleado de un centro de cuidado médico u otro tipo de empleado que tiene contacto con su sangre (en casos limitados, tal como un asalto sexual);
10. Un examinador médico;
11. Un oficial de salud pública si la ley lo permite.

La ley del estado también requiere que todas estas personas mantengan la información en forma confidencial.

Puede preguntar a su doctor o proveedor de cuidado médico si se ha informado a alguien el resultado del examen del virus del SIDA (VHI).

July 29, 2008

He leído o se me ha leído toda la información que se encuentra en este formulario y la he discutido con mi doctor o consejero médico. Se me ha explicado la naturaleza del VIH, y se me ha informado de la manera en que se transmite dicho virus de una persona a otra. Entiendo que ser VIH positivo en Connecticut se reporta al Departamento de Salud del estado y que si tengo un resultado positivo, es reportado por nombre. Si no regreso a recoger los resultados de mi prueba, el consejero, enfermero o médico reportará mi resultado positivo por nombre al Departamento de Salud del estado. Estoy de acuerdo en hacerme el examen de anticuerpos del VIH.

Nombre de la persona a la que se administrará el examen

Fecha de nacimiento

Firma de la persona que se hará el examen o de quien tiene autorización para dar consentimiento en nombre de dicha persona

Fecha

Si el firmante no es la persona que se va a hacer el examen, indique el nombre y dirección del firmante y su relación con dicha persona. De ser necesario, explique las razones por las cuales esta persona no puede firmar.

He explicado al firmante de este formulario acerca de la naturaleza del VIH, el SIDA y las enfermedades relacionadas con el VIH, asimismo, le he informado del tipo de comportamiento que puede llevar a la de transmisión del VIH, y he discutido y contestado las preguntas hechas en cuanto a la información cubierta en este formulario.

Nombre del doctor o consejero médico

Firma del doctor o consejero médico

Fecha

Consentimiento para el examen de anticuerpos del VIH*



Connecticut Department
of Public Health

Departamento de Salud del
Estado de Connecticut
Sección del SIDA y
Enfermedades Crónicas

*VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana que causa el SIDA

