

	FORMATO CONSENTIMIENTO HIV	Identificación: FOR-REC-04
		Versión: 1
		Fecha creación: 30/Noviembre/2017
		Fecha actualización: 15/Julio/2019

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA RÁPIDA (PRESUNTIVA) DE VIH

En el cumplimiento de la **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-010-SSA2-2010**, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) le damos a conocer la siguiente información:

- La naturaleza de la prueba que nuestro Laboratorio realiza llamada prueba rápida (*presuntiva*), es un ensayo de Inmunocromatografía y de oro coloidal para la determinación CUALITATIVA de anticuerpos contra el VIH en sangre total, suero o plasma.
- Los riesgos que usted está expuesto son los propios de una venopunción, en donde todos nuestros materiales para toma de muestra son nuevos para cada paciente.
- La prueba puede dar INVÁLIDA y se tendrá que repetir la toma de muestra así como su proceso.
- Un resultado **REACTIVO** debe ser confirmado por una prueba de ELISA o WESTERN BLOT, por el cual deberá acudir a COESIDA, CAPASITS, o a su Servicio de Salud del Estado para mayor orientación.
- El resultado **NO REACTIVO**, no significa negativo, el cual depende del periodo de ventana, este se refiere a la exposición a una infección (con una relación sexual sin protección, al compartir un objeto punzocortante sin esterilizar, con un tatuaje o percing), es decir, el primer estadio de la infección, se extiende desde el ingreso del virus al organismo hasta el momento en que éste genera el número de anticuerpos necesario para ser captados por las pruebas. Por lo cual deberá realizar la prueba en un periodo de 3 meses para asegurar el resultado NO REACTIVO.
- **EL RESULTADO SERÁ ENTREGADO SOLAMENTE AL PACIENTE PRESENTANDO UNA CREDENCIAL OFICIAL CON FOTOGRAFÍA.**
- Entiendo que, aunque la prueba es voluntaria y confidencial, un Químico capacitado tendrá que dar a conocer el resultado en caso de ser REACTIVO, y me será entregada la información hacia dónde y con quien puedo recibir consejería y apoyo para la confirmación de mi resultado.

Una vez que se han aclarado mis dudas respecto a la prueba y el resultado, tuve la oportunidad de hacer preguntas y estoy satisfecho con las respuestas.

AUTORIZO que la muestra sanguínea extraída sea analizada con dicho fin, declarando que he recibido una cabal información.

FECHA: _____

PACIENTE:

_____	_____	_____	_____
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Edad
_____	_____	_____	
Teléfono	Identificación y Número	Firma del paciente o tutor	

QUIMICO:

Certifico que la muestra identificada en este formato corresponde a los datos del solicitante.

_____	_____	_____
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
_____	_____	
Firma del químico	No. protocolo de la muestra	