

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRESCRIPCION DE LA SEROLOGIA
Anti – HIV (LEY 23.798 – Dec 1.244/91

Nombre y Apellido.....Nacionalidad.....

Estado civil.....Fecha de nacimiento.....

Domiciliada/o en:.....

declaro en forma libre y voluntaria, con plena capacidad para ejercer mis derechos, que he sido ampliamente informada/o por el Doctor sobre la necesidad de someterme a una prueba diagnóstica para la detección indirecta, del virus que transmite el SIDA (HIV), mediante la técnica ELISA o similar.

A su vez se me ha asegurado la confidencialidad de los resultados, como así también el debido asesoramiento y asistencia médica, en el caso de estar infectada/o por el virus HIV.

Por todo lo expuesto consiento expresamente a que se me efectúe dicha prueba diagnóstica, y en el caso de que fuesen positivos los primeros resultados, las que sean necesarias para la confirmación definitiva.

Nota: el presente consentimiento abarca también los diagnósticos serológicos de Hepatitis B y C.

Firma..... Aclaración.....

DNI Nro.:.....-

Observaciones: la presente deberá ser suscrita por el causante de su puño y letra.