



Hospital Nacional
Dr. Baldomero Sommer



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación

**CONSENTIMIENTO
Para Prueba Diagnóstica de H.I.V.**

Ciudad.....,/...../.....

1. Yo,.....
D.N.I. / C.I. / L.E. / L.C. N°, de años de edad, de estado civil, domiciliado ende (Ciudad/Provincia); declaro que he sido ampliamente informado sobre la necesidad de someterme a una prueba diagnóstica para la detección indirecta del virus que transmite el SIDA (H.I.V.), mediante la técnica ELISA o similar:

2. 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 infectado por el virus H.I.V.

3. 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.

Firma del paciente: Firma Familiar:.....

Aclaración..... Aclaración:

Documento:..... Documento:

Parentesco:.....

SI EL PACIENTE ES UN MENOR COMPLETAR:

El paciente es un menor de años de edad y yo/nosotros el/los firmante/s soy/somos el/los padre/s, tutor/es o encargado/s del paciente, y por la presente autorizo/autorizamos la realización de la intervención o procedimiento.

Firma..... Aclaración.....

Documento: Parentesco:.....

Firma y Sello Médico Tratante