

Consentimiento Universal para Pruebas de Diagnóstico de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y Enlace Temprano a Tratamiento

Lugar del Servicio:	Pueblo:	Código Postal:
---------------------	---------	----------------

Favor leer cada premisa que aparece en este documento y completar los espacios provistos, según corresponda.

- Se me ha orientado sobre los servicios que recibiré y de las implicaciones de los resultados y las alternativas para seguimiento y referidos a tratamiento.** Reconozco que hacerme las pruebas es una acción voluntaria; que mis derechos de privacidad y seguridad en el manejo de la información de salud serán salvaguardados y se garantizará la entrega de resultados de manera estrictamente **CONFIDENCIAL**. Se me explicó que de ser **menor de 21 años** puedo realizarme las pruebas sin la necesidad del consentimiento de padres o tutores, según lo dispone la Ley Núm.81 de 4 de junio de 1983, según enmendada (Ley Núm.81 de 1983).
- Acepto realizarme** la(s) prueba(s) de detección de infecciones de transmisión sexual y VIH que se me ha(n) ofrecido y recibir el(los) resultado(s) de la(s) siguientes pruebas:
 VIH Sífilis Clamidia/Gonorrea Otras
- Se me ha orientado que el recibir el(los) resultado(s) es tan importante como realizarme la(s) prueba(s).** Entiendo que si no asisto a recoger el(los) resultado(s) de esta(s) prueba(s) el personal del Departamento de Salud **puede localizarme**, independientemente de que mi(s) prueba(s) sean positiva o negativa, para ofrecerme servicios, referidos para pruebas adicionales y tratamiento de ser necesario, según lo dispone la Ley 81 de 1983. Un(a) Técnico(a) en Epidemiología del Departamento me puede contactar, localizar o entrevistar para ofrecerme el Servicio de Notificación de Parejas.
- Se me explicó lo siguiente:** 1) Qué significa obtener un resultado positivo preliminar en una prueba rápida o convencional para el VIH y la importancia de presentarme a mi cita médica para realizar una prueba que confirme mi diagnóstico final y comenzar tratamiento de ser necesario. 2) Si el resultado de la prueba de VIH es positivo, cómo se impacta mi salud si no comienzo o descontinuo mi tratamiento para VIH. 3) Por qué es importante presentarme a la visita médica luego de conocer el resultado de la prueba confirmatoria. 4) Qué puede ocurrir si descontinuo mi tratamiento sin consultarlo con las personas encargadas del cuidado de mi salud.
- Se me ha orientado y doy mi consentimiento que en caso de tener un resultado positivo al VIH y no presentarme a recibir servicios clínicos, el Departamento de Salud de Puerto Rico y los Centros Clínicos y de Apoyo Especializados en VIH, podrán referir mi caso a los servicios de búsqueda.** Este servicio es para ayudarme en el manejo de situaciones relacionadas a la condición, superarlas; dar seguimiento, enlazar o reenlazar a tratamiento y así continuar viviendo de forma saludable y con una mejor calidad de vida.

Certifico que recibí orientación sobre la información arriba presentada: _____

Primer apellido, segundo apellido, Nombre e Inicial Apodo:	Selección de pronombre (El, Ella, Elle):	Fecha (dd/mm/aaaa)	ID:
Fecha de Nacimiento: (dd/mm/aaaa) _____	Sexo al nacer: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero Mujer Hombre <input type="checkbox"/> Transgénero Hombre Mujer	Últimos # SS: _____
Edad: _____	Teléfonos: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____	Direcciones: Física: _____ Postal: _____	Correo electrónico: _____
Contacto:	Relación:	Teléfono:	
Firma de quien recibe el servicio (En caso de no poder firmar, haga una X):	Firma de Testigo (Si quien recibe el servicio no pueda firmar o hacer una X):	Fecha (dd/mm/aaaa):	
Profesional que Ofrece Orientación			
Nombre y puesto de quien provee el servicio:	Fecha (dd/mm/aaaa):	Firma:	
Entrega de Resultados			
Nombre de quien recibe el servicio:	Firma:	Fecha: (dd/mm/aaaa)	
Nombre de quien provee el servicio:	Firma:	Firma:	