

Your  
Hospital's  
Logo  
Here

# Human Immunodeficiency Virus Testing (HIV)

## INFORMED CONSENT

PATIENT IDENTIFICATION

I hereby consent to have my blood tested to determine the presence of or absence of evidence of the virus known as Human Immunodeficiency Virus (HIV). This virus is the cause of Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS).

A blood sample will be drawn and tested. Positive test results probably mean that I have had an infection with the virus and am still carrying the virus. A positive ELISA test (HIV screen) will be confirmed by a Western Blot Test for HIV. A positive test does not necessarily mean that I will develop AIDS, or any other illness, but I may be able to transmit the HIV virus to someone else. A negative test usually means that infection has not occurred; however, some negative tests may convert to positive due to a recent exposure to the AIDS virus.

If I have any questions regarding the test, I may ask for counseling by my attending physician before I decide to consent to the blood test. This counseling may include, but is not limited to the following steps in pre-test counseling as recommended by the Centers for Disease Control:

- (1) my risk of infection and motivation to take the test;
- (2) the test and its meaning;
- (3) the limitations of the test results;
- (4) the ramifications of a positive test result for insurance, employment, housing and related concerns;
- (5) my possible reactions to the test results;
- (6) who should be told if it is positive; and
- (7) help for me in reaching a decision about being tested.

The hospital will use its best efforts to see to it that the test results are kept confidential and that the results are not related outside the hospital without my written authorization unless the hospital is required to do so by law.

By my signature below, I agree that I have been given all of the information I desire concerning that blood test and release of results, and I have no further questions at this time.

The testing was explained to me:

BY \_\_\_\_\_, MD

DATE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF PATIENT

DATE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
PRINTED NAME OF PATIENT

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF WITNESS

DATE: \_\_\_\_\_

Your  
Hospital's  
Logo  
Here

# Examinacion del al Prueba del Virus (HIV)

## FORMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

PATIENT IDENTIFICATION

Mediante la presente doy consentimiento para examinar mi sangre para determinar la presencia o la ausencia de prueba del virus conocido como Virus Inmune Deficiencia Humana (HIV). Este virus es la causa del Síndrome Auto Inmune Deficiencia (AIDS).

Una muestra de sangre se sacará para examinar. Resultados positivos probablemente significa que yo he tenido infección con el virus y estoy cargando el virus. Un examen positivo de ELISA (HIV) sera confirmado por el Western Blot Test de HIV. Un examen positivo no necesariamente quiere decir que yo voy a desarrollar el SIDA, o cualquier otra enfermedad, pero puedo transmitir el virus HIV a otra persona. Un examen negativo usualmente quiere decir que no a ocurrido infección, sin embargo, algunos exámenes negativos se pueden convertir a positivos debido a revelación reciente a el virus del SIDA.

Si tengo preguntas con respecto a el examen, yo puedo pedir a consultar con mi médico antes de decidir dar mi consentimiento para el examen de sangre. Esta consulta puede incluir, pero no limitado a los pasos siguientes en consultas antes del examen recomendados por los Centros de Control de Enfermedades:

- (1) mi riesgo de infección y motivación para tomar el examen;
- (2) el examen y el significado;
- (3) las restricciones de los resultados;
- (4) las consecuencias de resultados positivos para seguro, empleo, vivienda y asuntos relatados;
- (5) mis reacciones hacia los resultados de examen;
- (6) quien debe de saber si es positivo; y
- (7) ayuda para llegar a una decisión sobre examinarme.

El hospital usará sus mejores esfuerzos para ver que los resultados se mantengan confidencial y que los resultados no sean relatados fuera del hospital sin mi autorización escrita al menos que el hospital sea exigido por ley.

Por mi firma abajo, yo estoy de acuerdo que me han dado toda la información que yo deseo sobre el examen de sangre y relevación de resultados, y yo no tengo mas preguntas en este momento.

El examen fue explicado a mi:

POR \_\_\_\_\_, MD  
FIRMA DEL MÉDICO

FECHA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE

FECHA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA EN LETRA DE MOLDE (Printed Name)

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TESTIGO

FECHA: \_\_\_\_\_

**INTÉRPRETE USADO**

**PART OF THE MEDICAL RECORD**