



**HOSPITAL GENERAL ACTOPAN
LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA RAPIDA DE VIH**

Yo, _____, mayor de edad, con documento de identidad número _____, declaro que he sido informado/a de manera clara, suficiente y comprensible sobre la **prueba de detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)**.

1. Información sobre la prueba

Se me ha explicado que la prueba de VIH consiste en la detección de anticuerpos y/o antígenos del VIH mediante una muestra de sangre u otro tipo de muestra biológica, con el objetivo de conocer mi estado serológico frente a este virus.

2. Finalidad de la prueba

La prueba se realiza con fines de **diagnóstico, prevención, control de la salud y/o orientación médica**, permitiendo adoptar medidas oportunas en caso de obtener un resultado reactivo (positivo) o no reactivo (negativo).

3. Resultados y confidencialidad

Entiendo que:

- Los resultados serán tratados con **estricta confidencialidad**, conforme a la legislación vigente en materia de protección de datos personales y salud.
- Los resultados me serán comunicados de forma personal y, en caso necesario, acompañados de consejería y orientación médica adecuada.

4. Beneficios y posibles riesgos

Se me ha informado que la prueba:

- Puede beneficiar mi salud al permitir la detección temprana del VIH.
- No implica riesgos significativos, más allá de las molestias mínimas derivadas de la toma de la muestra (por ejemplo, punción venosa).

5. Carácter voluntario

Entiendo que la realización de esta prueba es **voluntaria**, que puedo negarme a realizarla o retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que ello implique sanción, discriminación o perjuicio en la atención que reciba.

6. Consentimiento

Habiendo comprendido la información proporcionada y habiendo tenido la oportunidad de realizar preguntas, **otorgo libre y voluntariamente mi consentimiento** para la realización de la prueba de VIH.

Lugar y fecha: _____

Nombre y firma de la persona que consiente: _____

Firma: _____

Nombre y firma del profesional de salud: _____

Firma: _____