



Affix Patient Label

Name: _____ Date of Birth: _____

Este es un análisis de sangre para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). El VIH provoca el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Conozco el significado de los resultados. Conozco las limitaciones del análisis. Nadie verá mis resultados aparte de mi médico y los proveedores de atención médica de Bronson Healthcare Group, al menos que yo firme una autorización de divulgación o conforme la ley estatal lo requiera.

Tengo derecho a que se realice este análisis sin que se use mi nombre. Bronson sólo puede hacerme el análisis usando mi nombre. Si no quiero que se utilice mi nombre, mi médico me remitirá a otro lugar que cuente con la autorización del estado para realizar análisis de VIH.

Puedo revocar mi consentimiento para este análisis en cualquier momento antes de que se lleve a cabo.

Se me ha proporcionado una copia del manual del análisis para la detección de VIH "Información importante sobre la salud" ("*Important Health Information*"). He tenido la oportunidad de hacer preguntas relacionadas con este análisis y he recibido respuestas para las mismas.

Acepto que se me realice el análisis para la detección de anticuerpos contra el VIH.

No deseo que se me realice el análisis para la detección de anticuerpos contra el VIH en este momento.

_____ Fecha _____ Hora _____
Nombre del paciente con letra de molde

_____ Fecha _____ Hora _____
Firma del paciente/padre/madre/tutor legal

Testigo _____ Fecha _____ Hora _____

Signed Original to Chart Copy to Patient