

HIV RAPID DIAGNOSTIC TEST CONSENT – Spanish Version
San Francisco General Hospital Medical Center -Clinical Laboratories
Maternal Child Health – 6C / Birth Center

Ordering Clinician:				NAME		
Name	Title	CHN ID#	Beeper/Phone	DOB		
Attending MD: <input type="checkbox"/> Check if same as Ordering Clinician (& skip to next box).				MRN		
Name	Title	CHN ID#	Beeper/Phone	ICD9 : <input type="checkbox"/> v65.44 HIV Counseling		
				<input type="checkbox"/> v15.85 Exposure to potentially hazardous body fluids		
Order Date:	Unit: 6C - Labor and Delivery	Service:	Specimen collected by: Date: Time:			

- He recibido una copia de la Hoja de Información sobre el Examen Rápido de VIH en Trabajo de Parto y en Alumbramiento.
- Entiendo que estoy haciendo un examen para detectar infección con VIH, el virus que causa SIDA.
- Entiendo que el Examen Rápido de VIH sólo brinda un resultado positivo preliminar y que un 2do. tipo de examen debe realizarse antes de que yo sepa si realmente tengo VIH. Los resultados de este 2do. examen (confirmatorio) por lo general están listos en una semana. Si ya he sido dada de alta del hospital, tendré que regresar a una cita para obtener los resultados de mi examen final.
- *Entiendo que si el resultado de mi examen rápido es positivo, nos darán medicamento a mí y a mi bebé para ayudar a prevenir el VIH en mi bebé, aún si yo no quiero saber el resultado del examen de VIH inmediatamente.*
- Si mi resultado es positivo, seré referida a una clinica especializada. Mi proveedor de servicios médicos me informará de las opciones disponibles para ayudarme a que le comunique a mi pareja sexual y/o compañero(s) con quien(es) comparto agujas, que él (ellos) puede(n) haber estado expuesto(s) al VIH y debe(n) hacerse un examen. Si decido no comunicarle lo anterior a mi(s) pareja(s), mi médico lo puede hacer por mí, sin mi consentimiento, pero no puede revelarles mi nombre y primero debe enterarme de su intención de informarles. Cualquier otra revelación de mis resultados estará regida por las leyes, reglamentos y normas vigentes del hospital.
- Los resultados de mi prueba serán incluidos en mi expediente medico.
- Si no asisto a mi cita de seguimiento, autorizo a que se comunique conmigo el personal del hospital. Mi preferencia de contacto es por teléfono _____ correo _____ o visita en _____
- Por favor seleccione una de las siguientes opciones y escriba su inicial junto a su preferencia:
 _____ Quiero que me digan el resultado del examen rápido de VIH tan pronto como sea posible, aún durante el trabajo de parto.
 _____ No quiero que me digan el resultado del examen rápido de VIH hasta después de que dé a luz.

Mis preguntas sobre el VIH fueron contestadas después de hablar sobre todo lo anterior. Mi profesional de la salud me ha explicado lo que significa un resultado positivo y un resultado negativo y las razones para hacerme el examen. Estoy de acuerdo en que se me haga el examen de HIV y que nos den medicamentos tanto a mí como a mi bebé si mi examen rápido resulta positivo.

Paciente (Patient/Proxy*):		
Nombre (print): _____	Firma (signature): _____	Fecha (date): _____
*If pt is unable to consent herself, explain why: _____; have the patient's proxy print & sign his/her own name above, and note relationship to the pt: <input type="checkbox"/> parent <input type="checkbox"/> guardian <input type="checkbox"/> other _____		
Clinician/Counselor obtaining consent:		
Name (print): _____	Signature: _____	Date: _____
If an Interpreter was used, or an employee Witness was required: <input type="checkbox"/> Interpreter <input type="checkbox"/> Witness		
Name (print): _____	Signature: _____	Date: _____