



Autorizacao para o teste do HIV

Nome da paciente: _____

Reconheco que ja recibi a informacao sobre o teste do VIH, un virus que ja foi associado com o Sindrome de Immune Deficiencia Adquirida (SIDA). Ja sido informado sobre o resultado do teste de sangue para detectar a infeccao do VIH; assim como tambiem do seus esperados beneficios e riscos. Entendo que a informacao que me foi sido proporcionada e o teste de sangue para detectar o VIH nao sao 100% seguras: os testes de sangue algumas vezes dao resultados falsos positivos ou falsos negativos. Sabemos que un teste positivo do HIV, significa que uma perssoa ja sido infetada provavelmente com o virus SIDA, mas nao significa necessariamente que uma perssoa desenvolve o SIDA, ou se adoencia com o virus, essa pessoa infetada com o virus pode transmitirle o virus a outras perssoas, quem sabe poderia començar a adoecer. Por isso, o conhecimento sobre de la presenca da infeccao e importante para poder proteger todas as perssoas que esteja perto de mim..

Reconheco que os resultados do teste do VIH sao responsabilidades como tambem os registros do hospital, ja que esse registro estara disponivel aos membros do hospital e o perssoal medico que estao implicados com o tratamento do paciente, a outros individuos no hospital que requerem o acesso a registros para propósitos de administracion do hospital, e as companhias de seguros e outras pessoas responsavel dos pagamentos ocorridos durante a hospitalizacao. De esta forma, o conteudo dos registros que se entrega no hospital nao serao revelados a terceiros, a menos que haja uma permisao escrito onde se autoriza revelar os registros.

Entendo que seréi notificado dos resultados da prova e que receberei os conselhos.

Baseada no anterior dou consentimento para que me realize o teste (s) do VIH

Assinatura da Paciente

Data

Nome e assinatura do Responsavel, se a paciente for menor