**MUJERES EMBARAZADAS**

Pruebas rápidas duales

|  |  |
| --- | --- |
| **Carta de Consentimiento Informado**  Con base en la normatividad vigente: NOM-004-SSA3-2012, del Expediente Clínico, NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, NOM-010-SSA2-2010, para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana, NOM 039-SSA2-2014, la prevención y control de infecciones de transmisión sexual, y la NOM-047-SSA2-2015, para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años.  YO  (Nombre completo de la usuaria y/o familiar responsable)  Manifiesto que recibí consejería y atención por personal de la unidad médica, se me brindo información acerca de la infección por el VIH, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sífilis. Realicé preguntas que consideré necesarias, mismas que fueron resueltas. Asimismo, se me informo sobre el procedimiento y los riesgos derivados del mismo. Declaro que tuve la oportunidad de aclarar mis dudas y/o ampliar la información y manifestarla previo al procedimiento.  En caso necesario, estoy de acuerdo y doy mi consentimiento para asistir a la unidad médica que se me indique y que se requiera para que se lleve a cabo una segunda toma de muestra para confirmación de los resultados obtenidos. En ese sentido, declaro que mi decisión es libre, consciente e informada de aceptar el procedimiento para la detección de anticuerpos contra el VIH y sífilis, así como los procedimientos complementarios que sean necesarios durante la realización de este proceso, a juicio del médico, con el fin de llevar a cabo la detección para mi estado actual de salud. | |
| **Resultado de VIH** | |
| Reactiva  No reactiva | |
| **Resultados de Sífilis** | |
| Reactiva  No reactiva | |
| Nombre completo y firma de la paciente, familiar, tutor o persona legalmente responsable | Nombre completo y firma del testigo |
| Nombre completo y firma del médico tratante | Nombre completo y firma del testigo |