|  |
| --- |
| IB/UAS/6/F/0012  **CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE MUESTRA DE SANGRE**    Se me ha informado que, para la detección de **VIH**, **SIFILIS** y **HEPATITIS C (VHC)** se me tomará una gota de sangre para la realización de una prueba rápida de **VIH**, **SIFILIS** y **HEPATITIS C (VHC).**  En caso de resultar reactiva la prueba rápida de VIH o HEPATITIS C (VHC) se me referirá a la Clínica Especializada Condesa y de ser reactiva la prueba rápida de SIFILIS se me referirá a un consultorio para recibir tratamiento.  También entiendo que las pruebas son **voluntarias, gratuitas** y la información que me soliciten está protegida por la **Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México**  El resultado me será dado a conocer por el personal de salud que me sea asignado.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre Completo Firma    Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Embarazo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_SDG  Folio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Expediente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **COMPROBANTE DE SOLICITUD DE PRUEBA  RÁPIDA PARA VIH**, **SIFILIS** y **HEPATITIS C (VHC)**  IB/UAS/6/F/0012  Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Género: M ( ) F( ) Trans( ) Edad: \_\_\_\_\_\_\_ años Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_  Estudio solicitado: **Determinación de anticuerpos contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Treponema Pallidum (Sífilis) y Hepatitis C (VHC).**  Nombre del usuario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del usuario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Resultado de la prueba: No Reactiva Reactiva  VIH ( ) ( )  Sífilis ( ) ( )  VHC ( ) ( )  Personal de Consejería: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |