



Consentimiento informado para pruebas de VIH/ITS - Menores

Usted tiene derecho como paciente a ser informado(a) acerca de cualquier procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico recomendado a ser utilizado durante su atención, para que usted pueda decidir si desea someterse o no al procedimiento después de conocer los riesgos que implica. Si tiene alguna pregunta acerca de cualquier parte de esta información o necesita ayuda para completar este formulario, no dude en contactar a un miembro de nuestro personal. Es importante para nosotros que se sienta cómodo(a) con toda esta información. Al firmar, usted indica que comprende la información, se le ha dado la oportunidad de hacer preguntas y está dando su consentimiento para usted mismo/a (si tiene 13 años de edad o más), o su hijo(a)/menor por quien usted tiene responsabilidad legal.

La finalidad de realizar una prueba de VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) es diagnosticar cualquier afección que usted pudiera tener para que pueda recibir el tratamiento correspondiente. Las pruebas de VIH e ITS incluirán: una extracción de sangre, muestra de orina, así como hisopados de la garganta, el recto y la vagina. También podrían incluir un examen genital.

Usted comprende que el riesgo físico de someterse a una prueba de VIH y otras ITS es mínimo, pero puede incluir un examen genital, la extracción de sangre e hisopados de las áreas afectadas. Los efectos secundarios de estos exámenes rara vez pueden conducir a hematomas, mareos o dolor.

Al firmar a continuación usted reconoce que WWH considera confidencial su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés), incluyendo los resultados de sus pruebas, y no la compartirá con ninguna persona ajena a WWH sin su consentimiento, a no ser que la ley o cualquier exigencia ética aplicables lo permita o exija. Usted comprende, por ejemplo, que si es un paciente menor, tiene un resultado positivo en una prueba de ITS y se niega a recibir tratamiento, el Distrito de Columbia exige que WWH informe a su padre/madre o tutor(es) acerca de cualquier tratamiento necesario para la ITS diagnosticada. Usted también comprende y acepta que se le permite a WWH divulgar información sobre usted a fin de facturar por servicios prestados a usted.

Al firmar mi nombre a continuación, reconozco que he leído, y entiendo completamente, cada uno de los párrafos separados establecidos arriba, y dar fe que soy un menor de edad 13 años o mayor o el padre/guardián de un menor de edad de 13 años o mayor.

| | |
|---|-----------------------------|
| Nombre del Paciente, en letra de imprenta: | Fecha de nacimiento: |
| Firma: <i>(Si corresponde)</i> | Fecha: |
| Nombre del Padre, la Madre/el Tutor Legal, en letra de imprenta: | |
| Relación/parentesco con el paciente: | |
| Firma: | Fecha: |