

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE O FAMILIAR RESPONSABLE PARA REALIZAR EXAMENES DE ANTICUERPO VIRUS INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA, VIRUS HEPATITIS C, ANTIGENO DE SUPERFICIE HEPATITIS B.

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre completo y número de cédula de identidad, por medio del presente consentimiento, acepto que se me realice solamente la extracción de una muestra de sangre el que será analizado en el laboratorio para anticuerpo contra el VIH, virus Hepatitis C y virus Hepatitis B.

Estoy enterado/a que se me ha solicitado realizar este examen porque un estudiante, aun estando en cumplimiento cabal y oportuno de todos los protocolos de seguridad establecidos por el campo clínico y por la Universidad, estuvo accidentalmente expuesto a mi sangre u otro fluido corporal. Entiendo que este examen no significará ningún costo para mí. Se me ha informado que el resultado del examen será registrado en un archivo médico confidencial de estudiantes expuestos, además de entregarme los resultados de las muestras para mi conocimiento, y la debida orientación de tratamiento en caso de que la muestra resulte positiva.

### ¿Qué significa el resultado de la prueba?

Si el resultado es reactivo indica que yo estuve expuesto/a a estos virus en algún momento en el pasado y he formado anticuerpos o tengo anfitígenos de ellos. También estoy en conocimiento que la presencia de anticuerpos de VIH no significa necesariamente que tengo o adquiriré la enfermedad SIDA, y que la presencia de anticuerpos para el virus de la Hepatitis C o antígeno de superficie para Hepatitis B, significan que soy portador de esta enfermedad.

**Beneficios de efectuarse el examen:** Si hay infección, se puede dar tratamiento efectivo que retrasa el desarrollo de la enfermedad, y se puede prevenir contagiar a otros. También permite tomar precauciones con mi sangre y durante las relaciones sexuales, protegiéndome a mí mismo y a los demás.

**Riesgos de la realización del examen:** Discreto dolor al momento de la punción, posible hematoma y sangrado escaso.

Entiendo que el examen es voluntario y que no estoy obligado a que mi sangre sea examinada para los exámenes antes mencionados.

**En caso de dudas posteriores:** comunicarse con [claudia.rodriguez@mayor.cl](mailto:claudia.rodriguez@mayor.cl) Directora(s) de Campos Clínicos U. Mayor o al teléfono (56 2) 23281298

---

### CONSENTIMIENTO PARA TOMA DE MUESTRA SANGRE

- Fui informado/a de la naturaleza del examen, sus objetivos, riesgos y beneficios.
- He entendido la información que he recibido sobre el examen.
- He tenido oportunidad de preguntar para aclarar dudas.

AUTORIZO al equipo de salud para realizar el procedimiento.

FIRMA .....

NOMBRE Y FIRMA DEL PROFESIONAL

RESPONSABLE.....

Nombre Representante Legal (en caso de incapacidad del paciente)

.....

RUT: ..... Relación (padre, madre, tutor, esposo, otro)

FIRMA.....

FECHA.....

Directora Campos Clínicos  
Universidad Mayor