TEST RAPIDO:
SI ☐ NO ☐

SOLICITUD EXAMEN VIROLÓGICO VIH
LABORATORIOS CLINICOS RED CHIGGINS

Previsión:
FONASA ☐ ISAPRE ☐ OTRO ☐

ESTABLECIMIENTO

1.- IDENTIFICACIÓN

NOMBRE (AMBOS NOMBRES, APELLIDO PATERNO Y MATERNO)

RUT | | | | | | | | | - | Trans. | Pueblo origin | Migrante

FECHA NACIMIENTO D D M M A A A A

SEXO | Femenino | Masculino

TELEFONO

Nacionalidad:

DIRECCION

CODIGO (revisar al reverso dudas sobre codificación)

Inicial Primer Nombre	Inicial Primer Apellido	Inicial Segundo Apellido	Fecha Nacimiento dd / mm / aa	Últimos 3 dígitos más verificador del Rut
				-

2. GRUPO DE PESQUISA

☐ Gestante Primer Examen	☐ Consulta ITS	☐ Pareja Serodiscordante
☐ Gestante Segundo Examen	☐ Control Fecundidad,Ginecológico,Climat.	☐ Pareja de Gestante VIH Positivo
☐ Mujer en Trabajo Pre Parto o Parto	☐ Personas con EMP	☐ Fuente de Accidente Cortopunzante
☐ Control Comercio Sexual	☐ Control Salud Ciclo Vital	☐ Acc. Cortopunzante personal de Salud
☐ Paciente en Diálisis	☐ Donantes de Órganos y/o Tejidos	☐ Control por Hepatitis B / Hepatitis C
	☐ Control TBC	☐ Morbilidad
	☐ Violencia sexual	☐ Consulta Espontánea

Semanas Gestación

CODIGO SUR-VIH: _____

3.- PROFESIONAL QUE SOLICITA (NOMBRE Y/O TIMBRE Y FIRMA): _____

FECHA: _____ /_____ /_____

4.- MUESTRA TOMADA POR (NOMBRE Y/O TIMBRE Y FIRMA) : _____

FECHA: _____ /_____ /_____ **HORA:** _____:_____

5.- Yo _____ RUT _____ declaro haber comprendido este documento. Con mi firma expreso la decisión de autorizar o rechazar la realización del test, correspondiendo a una decisión libre y voluntaria. Si acepto la toma del test, accedo, también que se realicen todos los procedimientos necesarios para concluir el proceso diagnóstico. Declaro haber comprendido este documento. Acepto la responsabilidad de retirar personalmente el resultado; en caso de no retirarlo en la fecha acordada, si el resultado es (+) acepto que se me contacte confidencialmente, según los procedimientos que me han informado (llamado telefónico, visita domiciliaria, carta certificada). Frente a esto decido:

SI, acepto realizarme el examen. _____

NO, acepto realizarme el examen. _____

_____
(Nombre y firma consultante o representante legal)

6.- ENTREGA DE RESULTADOS EXAMEN DETECCION DEL VIH.
Con fecha ___ /___ /___ acepto la responsabilidad de retirar personalmente el resultado el día___/___/____; en caso de no retirarlo en la fecha acordada, si el resultado es (+) acepto que se me contacte confidencialmente según los procedimientos que me han informado.

RECIBO CONFORME, FECHA: _____/_____/_____ FIRMA: