SOLICITUD EXAMEN VIROLÓGICO VIH
LABORATORIOS CLÍNICOS RED O'HIGGINS

ESTABLECIMIENTO | HOSPITAL / SERVICIO: | CESFAM / POSTA:

1. IDENTIFICACIÓN

NOMBRES (AMBOS NOMBRES, APELLIDO PATERNO Y MATERNO)

RUT | | | | | | | | | — | | TRANS | | PUEBLO ORIGINARIO | | MIGRANTE | |

* Pasaporte:

FECHA DE NACIMIENTO: | | | | | | | | | Sexo: FEMENINO: | | MASCULINO: |

TELÉFONO: | Previsión: FONASA: | | ISAPRE: |

NACIONALIDAD: | | OTRO: |

DIRECCIÓN:

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

2. GRUPO DE PESQUISA

	Gestante Primer Examen		Control Fecundidad, Ginecológico, Climat.		Pareja de gestante VIH positivo
	Gestante Segundo Examen		Personas con EMP		Fuente de Accidente Cortopunzante
	Mujer en Trabajo Pre Parto o Parto		Control salud ciclo vital		Acc. Cortopunzante personal de salud
	Control Comercio Sexual		Donante de órganos y/o Tejidos		Control por hepatitis B / hepatitis C
	Paciente en Diálisis		Control TBC		Morbilidad
	Consulta ITS		Violencia sexual		Consulta espontánea
			Pareja Serodiscordante		Prueba de Identidad

Semanas Gestación

CÓDIGO SUR - VIH : _____

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

FECHA DE LA SOLICITUD: / /

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

FECHA: / / HORA:

5. CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE O REPRESENTANTE:

YO: _____ RUT: _____ 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). Ante esto decido:

SI, acepto realizarme el examen de detección del VIH _____ (Nombre y firma consultante o representante legal)

NO, acepto realizarme el examen de detección del VIH _____ (Nombre y firma consultante o representante legal)

6. ENTREGA DE RESULTADOS EXAMEN DETECCIÓN DEL VIH

Con fecha ____/____/____ declaro que 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).

RECIBE CONFORME

FECHA: ____/____/____

FIRMA: _____

Imprenta Relieves Finos C&P - RUT.: 88.248.700-8 - Concón 228 - Est. Central - Santiago - 56 2 2764 5995