CENTRO DE EXCELENCIA MEDICA EN ALTURA

DIRECCION MÉDICA

CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA LA PRUEBA DE DETECCIÓN DE VIH
AGREEMENT LETTER TO HIV TESTING

Lugar y Fecha / Place and Date: _____

Nombre del paciente / Name of the Patient:_____

No. De Expediente / File Number:_____**Edad** / Age:_____**Fecha de Nacimiento** / Date of Birth:_____

Aspectos a considerar: **Todo acto médico de diagnóstico y/o terapéutico lleva implícito posibles riesgos como podrían ser el aumentar la estancia hospitalaria, requerir tratamientos complementarios médicos o quirúrgicos, según sea el caso particular. Es derecho de todo paciente ser tratado con confidencialidad y privacidad debiendo dar cumplimiento a la NOM-010-SSA2-2010, por lo que el resultado de la prueba se maneja de forma reservada y no se divulga más que en los casos que la normatividad vigente dispone.**// All therapeutic and/or diagnosis medical procedures carries implicit risks such as increasing hospital stay, requiring complementary medical or surgical treatments, depending on the particular case. It is the right of every patient to be treated with confidentiality and privacy that must comply with NOM-010-SSA2-2010, so the test result is handled in a reserved manner and is not divulged except in the cases that the current regulations provide

AUTORIZACIÓN/ AUTHORIZATION:

Al firmar este documento, yo_____autorizo de manera voluntaria realizar la prueba de detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y manifiesto que un profesional de la salud ha respondido a cada una de las preguntas que le he planteado y me ha explicado con lenguaje simple y de forma suficientemente clara el estudio propuesto // By signing this document, I_____ authorize voluntarily to perform Human Immunodeficiency Virus(HIV) test and I state that a health professional has responded to each one of the questions that I have brought up and the proposed test has been explained to me in simple language and in a clear way.

También comprendo que en cualquier momento previo a la realización del estudio y sin dar ninguna explicación, puedo revocar la autorización que ahora otorgo. Por ello manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida y comprendo el alcance de mi decisión. // I also understand that at any moment before the study runs and without any explication, I can revoke the authorization that I am currently giving. I state that I am satisfied with the information received and that I understand the complete range of my decision.

Nombre y firma profesional de la salud Name and signature of the health professional	**Nombre y firma del Paciente, tutor o representante legal** Name and signature of the patient, person responsible or legal representative
Nombre y firma del testigo 1 Name and signature of the Witness	**Nombre y firma de testigo 2** Name and signature of the 2 nd Witness

EN CUMPLIMIENTO CON LO DISPUESTO POR LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES (05.07.10, D.O.F.), LE INFORMAMOS QUE SUS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS.
CENTRO DE EXCELENCIA MEDICA EN ALTURA, LIBRAMIENTO CIRCUITO LA CONCEPCIÓN KM 2 S/N, COL. LA CONCEPCIÓN, SAN AGUSTÍN TLAXIACA, HIDALGO, C.P. 42162

NO AUTORIZACIÓN/ NO AUTHORIZATION:

Al firmar este documento, yo_____NO autorizo realizar la prueba de detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y manifiesto que un profesional de la salud ha respondido a cada una de las preguntas que le he planteado y me ha explicado con lenguaje simple y de forma suficientemente clara el estudio propuesto // By signing this document, I_____DO NOT authorize to perform Human Immunodeficiency Virus(HIV) test and I state that that a health professional has responded to each one of the questions that I have brought up and the proposed test has been explained to me in simple language and in a clear way.

Tomando en cuenta los aspectos a considerar antes descritos, y entendiendo los efectos que de esto pueda surgir, declaro que he comprendido las explicaciones que se me han dado. // Therefore, by recognizing the aspects before described, and understanding the effects that may arise from this, I declare that I have understood the explanations that have been given to me.

Nombre y firma profesional de la salud Name and signature of the health professional	**Nombre y firma del Paciente, tutor o representante legal** Name and signature of the patient, person responsible or legal representative
Nombre y firma del testigo 1 Name and signature of the Witness	**Nombre y firma de testigo 2** Name and signature of the 2 nd Witness

EN CUMPLIMIENTO CON LO DISPUESTO POR LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES (05.07.10, D.O.F.), LE INFORMAMOS QUE SUS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS.
CENTRO DE EXCELENCIA MEDICA EN ALTURA, LIBRAMIENTO CIRCUITO LA CONCEPCIÓN KM 2 S/N, COL. LA CONCEPCIÓN, SAN AGUSTÍN TLAXIACA, HIDALGO, C.P. 42162