



# ASPEN VALLEY HOSPITAL

## CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DEL (SIDA) SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

(Fill in patient name, DOB, Physician in box above)

Por medio de la presente, yo solicito que me hagan los analisis de anger del Virus de Inmunodeficiencia Human (VIH) el agente que causa el SIDA (Sindrome de Inmunodeficiencia Adquirida).

Yo entiendo que mi archivo contendra la orden do mi medico y los resultados de este analisis, y solo la persona o entidad que tenga una autorizacion firmada por mi, puede tener acceso a mis archivos medicos. Esta persona o entidad podria ser una companies de seguros, o un empleador que tiene su propio plan de seguro medico, o una agencia de Medicare o Medicaid.

Yo entiendo que si el resultado do los analisis es positivo, los proveedores do salud que son responsables de mi cuidado y tratamiento seran informados de estos resultados y ellos tomaran las precauciones apropiadas. Tambien entiendo que bajo la ley del estado do Colorado, debe reportarse al Departamento de Salud de Colorado cualquier resultado positivo, incluyendo el nombre, la direccion, el sexo, y la fecha do nacimiento.

Yo he leído este formulario de consentimiento y entiendo sus provisiones.

Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

Marque aqui si no quiere que le hagan este analisis.

*(Outreach: Offices should retain this consent in the patient chart; do not send it to the Lab)*