

The Adler Center for Women's Health

2296 Opitz Blvd., # 350 Woodbridge, VA 22191 385 Garrisonville Rd., # 204 Stafford, VA 22554
Phone: (703) 680-2035 Fax: (703) 680-3650 Phone: (540) 659-0928 Fax: (540) 659-3019

Aviso de Consentimiento para Realizar la Prueba de Sangre VIH

Esta ley se aprobó en el estado de Virginia en el año 1989, la cual autoriza a todos los proveedores médicos a realizar un examen de VIH a sus pacientes. Cuando un proveedor médico está expuesto directamente a fluidos del cuerpo de un paciente de una manera en la cual pueden transmitirse el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) Ante esta ley, en la circunstancia dada a uno estar expuesto al virus. Usted tendrá que firmar un consentimiento para poder revelar el resultado de su examen a los proveedores médicos que han sido expuestos. Sin embargo, usted será informado antes de que cualquier examen de sangre pueda ser examinado contra la prueba de VIH. Se le explicará el examen en su totalidad y usted tendrá la oportunidad de hacer cualquier pregunta al respecto.

Yo, he leído y comprendido “El Aviso de Consentimiento para Realizar la Prueba de Sangre VIH

Firma del paciente _____ Fecha _____