IMSS	**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL** **DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS**	**Delegación:**
	CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN	**Unidad Médica de Adscripción:**
CON FUNDAMENTO EN EL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, ARTÍCULOS 80, 81, 82 Y 83; NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO, NUMERALES 10.1.1.1. AL 10.1.1.4; NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-010-SSA2-2010, PARA LA PREVENCION Y EL CONTROL DE LA INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA, NUMERALES 5.6.4 Y 5.6.5.		**Número de Seguridad Social:**
		Edad : **Sexo: (M) (F)**
		Lugar: **Fecha_____ de _____ de 20_____**
Servicio:		

A través del presente escrito manifiesto que acudí por mi propia voluntad y bajo mi responsabilidad a la_____, del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en _____, para que con mi consentimiento se me realice la prueba rápida para la detección de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Personal de dicha Unidad Médica, me informó y asesoró acerca de la infección por el VIH y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), la importancia de realizarme esta prueba y las consecuencias que puede tener para mi salud y la de mi bebé ser portadora de este virus, asimismo, se me dio la oportunidad de hacer las preguntas que consideré necesarias, las cuales fueron respondidas a mi entera satisfacción.

Además, el personal de salud me informó el procedimiento de detección y las molestias derivadas del mismo. Expreso que se aclararon mis dudas y se amplió la información cuando así lo solicité, incluso se me comunicó que tengo el derecho de cambiar de decisión en cualquier momento y manifestarla previo al procedimiento.

A efecto de facilitar mi atención integral, me comprometo a acudir a revisión médica cuando se me indique, o en el caso de presentar alguna molestia o duda al procedimiento.

En caso de que así se requiera, estoy de acuerdo y doy mi consentimiento de acudir a la unidad médica que se me indique para que se lleve a cabo la toma de una segunda muestra para confirmación de los resultados obtenidos en la prueba rápida.

Se me informó que todos los datos que proporcione a la unidad médica serán utilizados de manera estrictamente confidencial y si es mi voluntad se considerarán de manera anónima.

Acorde con lo anterior, declaro que es mi decisión libre, consciente e informada de aceptar el procedimiento para la detección de anticuerpos contra el VIH y los procedimientos complementarios que sean necesarios a juicio del médico, con el fin de llevar a cabo las acciones médico preventivas requeridas en beneficio de mi salud y la de mi bebé.

Firma del paciente, familiar, tutor o persona legalmente responsable.

_____

Nombre completo, matrícula y firma del personal de salud

_____

Marque con una X el resultado de la prueba rápida: | **No Reactivo** | **Reactivo** |