

Consentimiento informado para
ESTUDIO HIV

Declaro en forma libre y voluntaria que he sido suficientemente informado sobre la conveniencia de someterme a una prueba diagnóstica para la detección de HIV. Se me ha asegurado la confidencialidad de los resultados, así como el asesoramiento pertinente. Por todo lo expuesto consiento expresamente se me efectúe dicha prueba diagnóstica y las que fueran necesarias para la confirmación de los resultados.

Conforme firmo a continuación:

Firma

Aclaración

DNI

Fecha

CONSENTIMIENTO