

**CONSENT FOR BLOOD TEST TO DETECT  
ANTIBODIES TO THE HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS (HIV)**

I \_\_\_\_\_ have been informed that my blood will be drawn and tested for antibodies to the Human Immunodeficiency Virus (HIV), the probable cause of Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). I have been informed about the testing procedure and the meaning and limitations of the test. I have had a chance to ask questions and have been given all the information I desire.

My signature acknowledges:

1. I understand the benefits and risks of this test;
2. I give permission for my blood to be drawn and tested for antibodies to the HIV virus;
3. I may receive a copy of this consent upon request;
4. I understand that test results maybe reported to Local State and/or Federal Health Services as required by law.
5. I have been advised to return on \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ at \_\_\_ am/pm to receive the result;
6. I understand that results cannot be given by telephone or mail.

\_\_\_\_\_  
Signature, Date  
Patient, Parent, Legal Guardian or Authorized Representative

\_\_\_\_\_  
Signature, Date  
Witness

**File in Medical Record with result under Lab Tab**

**CONSENTIMIENTO PARA PRUEBA DE SANGRE PARA ENCONTRAR  
ANTICUERPOS DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (HIV)**

Yo, \_\_\_\_\_, he sido informado(a) que mi sangre sera sacada y analizada para detectar anticuerpos del virus HIV, la probable causa del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Yo he sido informado tambien sobre el proceso de la prueba, y del significado y las limitaciones de la prueba. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y he recibido toda la informacion que deseo.

Con mi firma al pie de este documento, reconozco:

1. Yo entiendo los beneficios y los riesgos de esta prueba;
2. Yo doy permiso para que mi sangre sea sacada y analizada para anticuerpos del virus HIV;
3. que yo puedo pedir copia de esta forma;
4. Yo entiendo que los resultados de este examen podrian ser reportados a los servicios de salud locales, estatales o federales conforme a las leyes vijentes.
5. Se me ha avisado que regrese el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a la(s) \_\_\_ am/pm para recibir los resultados de la prueba;
6. Yo entiendo que estos resultados no pueden ser revelados por teléfono ni correo.

\_\_\_\_\_  
Firma Fecha  
Paciente, Padres o Madres, Tutor o Persona Autorizada

\_\_\_\_\_  
Firma Fecha  
Testigo

**File in Medical Record with result under Lab Tab**