

Fecha de diligenciamiento _____ Municipio de residencia : _____

Institución _____ Municipio que notifica: _____

Nombre del paciente _____ Edad: ____ Género: F ____ M ____

Embarazada: ____ N° semanas de gestación ____ N° de hijos de 18 ____ F ____ M ____

Tipo de identificación: UN_RC_TI_CE_PA_MS_AS_CC____ Nro: _____

Teléfono: _____ Ocupación: _____ Régimen de s.s _____

Escolardida: primaria ____ secundaria ____ técnica ____ universitaria ____ ninguna ____

Estado civil: soltero (a) ____ casado (a) ____ unión libre ____ viudo (a) ____ separado (a) ____

Motivo de prueba a realizar: _____

Pre test aplicado a la(s) prueba(s): VIH-SIDA ____ Hepatitis B ____ Sífilis u otras ETS ____

Ha recibido información sobre: VIH-SIDA ____ Hepatitis B ____ Sífilis u otras ETS ____

¿Tiene en cuenta los conocimientos recibidos? siempre ____ a veces ____ nunca ____

¿Tiene pareja estable? ____ ¿Cuántas parejas ha tenido en el último año? ____

Ha tenido ETS: ____ ¿Cuál?: _____ ¿Cuándo? _____ Tratamiento: _____

¿Utiliza condón? ____ Frecuencia: siempre ____ a veces ____ nunca ____ ¿Por qué? _____

El condón lo utiliza de forma adecuada como medio de protección sexual: _____

Mecanismo de transmisión: heterosexual ____ homosexual ____ bisexual ____ perinatal ____ transfusional ____

usuario de droga intravenosa ____ accidente de trabajo o exposición a riesgos biológicos ____ lactancia ____

enfermedades asociadas _____ otro _____

¿Qué haría si recibiera un resultado positivo(+)? _____

¿A quien buscaría para ayuda? _____

En caso de obtener un resultado negativo(-) ¿Qué haría? _____

Estado emocional de paciente que se le aplica la prueba: _____

Observaciones:

En calidad de paciente se me ha dado a conocer de forma clara y completa el documento sobre consentimiento informado que contiene información sobre la prueba, el proceso de confirmación en caso de resultados positivos, el propósito, beneficio, contenido, limitaciones riesgos o eventuales consecuencias de la prueba a tomar y sobre su interpretación del resultado. Así mismo dejo constancia que he recibido consejería pre test de parte de un profesional de la salud idóneo, para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas antes de realizarme las pruebas diagnósticas y que se me informó que recibiré asesoría pos test cuando me entreguen los resultados, a lo que estoy de acuerdo. Así mismo como paciente, entiendo que la toma de muestra y la prueba es voluntaria, y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se me tomé el examen, y que se me informó de las medidas para proteger mi intimidad y la confidencialidad de los resultados.

Para constancia firman los intervinientes en el pre test descrito, Fecha: _____

Documento:
Paciente o Acudiente

Documento:
Asesor