

# Consent for the HIV Test

---

Patient's Name: \_\_\_\_\_

I am consenting to be tested to see whether I have been infected with the Human Immunodeficiency Virus (HIV), which is the probable causative agent of Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS).

## The Meaning of the Test

This test is not a test for AIDS but only for the presence of HIV. Being infected with HIV does not mean that I have AIDS or that I will have AIDS or other related illnesses in the future. Other factors must be reviewed to determine whether I have AIDS.

Most test results are accurate, but sometimes results can be wrong or uncertain. Test results could indicate that I am infected with HIV when I am not (false positive) or they could fail to detect that I am infected with HIV when I really am (false negative). Sometimes, the test cannot tell whether or not I am infected at all. If I have been recently infected with HIV, it may take some time before a test will detect the infection. For these reasons, I may have to repeat the test.

## Confidentiality

California law limits the disclosure of my HIV test results. As a general rule, the law states that no one but my doctor and other caregivers may be told about the test results unless I give specific written consent to let other people know. However, in some cases, my test results could be disclosed to my spouse, any sexual partner(s) or needle-sharing partner(s), the county health officer, to a health care worker who has had a substantial exposure to my blood or other potentially infectious material or to some other persons as required or authorized by law. Information relating to my test results is kept in my medical record.

## Benefits and Risks of the Test

The test results can help me make better decisions about my health care and my personal life. The test results can help me and my doctor make decisions concerning medical treatments. There are numerous treatment options available for persons who test positive for HIV. If the results are positive, I know that I can infect others and that I can act to prevent this.

Potential risks of the test include psychological stress while awaiting the results and distress if the results are positive.

## Obligations of Ordering Medical Care Providers

A doctor or other medical care provider who orders an HIV test is required to:

- Inform the patient that an HIV test is planned;
- Provide information to the patient about the HIV test;
- Inform the patient that there are numerous treatment options available for a person who tests positive for HIV and that a person who tests negative for HIV should continue to be routinely tested; and

- Advise the patient that he or she has the right to decline the HIV test.

I understand that if I am pregnant, my doctor will give me additional information about HIV and the HIV test as it applies to my condition.

### More Information

I understand that before I decide to take this test I should be sure that I have asked my doctor any questions I may have about the test, its meaning, its risks and benefits, and any alternatives to the test.

### Consent for HIV Test

By my signature below, I confirm that:

- I have read and understood the information in this form and I understand it;
- I have been given all of the information I desire concerning the HIV test, its meaning, expected benefits, possible risks, and any alternatives to the tests, and I have had my questions answered;
- I understand that I have the right to decline an HIV test; and
- I give my consent for the performance of a test to detect HIV.

Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ AM / PM

Signature: \_\_\_\_\_  
(patient/legal representative)

If signed by someone other than patient, indicate relationship\*: \_\_\_\_\_

Print name: \_\_\_\_\_  
(legal representative)

*\*This consent may be signed by a person other than the patient only under the following circumstances:*

1. The patient is under twelve (12) years of age or, as a result of his/her physical or mental condition, is incompetent to consent to the HIV antibody blood test; and
2. The person who consents to the test on the patient's behalf is lawfully authorized to make health care decisions for the patient, e.g., an agent appointed by the patient in a power of attorney for health care; the parent or guardian of a minor; an appropriately authorized conservator; or, under appropriate circumstances, the patient's closest available relative (see *chapters 2 and 23 of CHA's Consent Manual*); and
3. It is necessary to obtain the patient's HIV antibody test results in order to render appropriate care to the patient or to practice preventative measures.

**NOTE:** This form should include taglines as required by the Affordable Care Act.  
(See [www.calhospital.org/taglines](http://www.calhospital.org/taglines), for detailed information.)

Reference: Health and Safety Code Section 121020

# Consentimiento para la Prueba del Anticuerpo Contra el VIH

---

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Por el presente doy mi consentimiento para hacer una prueba que determine si he sido infectado(a) con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el cual es probablemente el agente causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

## El significado de la Prueba

Esta prueba no se usa para detectar el SIDA, sino solamente la presencia del VIH. El estar infectado(a) con el VIH no significa que tenga SIDA o que voy a tener SIDA, u otras enfermedades relacionadas en el futuro. Para determinar si tengo SIDA, deberán considerarse otros factores.

La mayoría de los resultados de la prueba son exactos, pero algunas veces los resultados pueden ser erróneos o inciertos. Los resultados de las pruebas podrían indicar que estoy infectado(a) con el VIH, cuando en realidad no lo estoy (positivo falso) o podrían no detectar que estoy infectado(a) con el VIH cuando sí lo estoy (negativo falso). Otras veces el examen no puede determinar si una persona está infectada o en realidad no lo está. Si he sido infectado(a) recientemente con el VIH, puede pasar algún tiempo antes de que una prueba detecte la infección. Por estos motivos, es posible que deba repetir la prueba.

## Confidencialidad

La ley de California limita la divulgación de los resultados de mi prueba VIH. Por lo general, la ley indica que nadie, con la excepción de mi médico y de otros proveedores de servicios de atención de la salud, puede obtener los resultados de la prueba, a menos que yo consienta específicamente por escrito que otras personas conozcan dichos resultados. Sin embargo, en algunos casos los resultados de mi prueba podrían ser divulgados a mi cónyuge, a mi(s) compañero(s) sexual(es) o a la(s) persona(s) con quien(es) haya compartido agujas, al funcionario de salud del condado o a un proveedor de servicios de atención de la salud que haya estado expuesto en forma considerable a mi sangre o a otros materiales potencialmente infecciosos o a otras personas, según lo requiera o autorice la ley. La información relacionada con los resultados de mi prueba se conserva en mi expediente médico.

## Beneficios y Riesgos de la Prueba

Los resultados de la prueba pueden ayudarme a tomar mejores decisiones en cuanto al cuidado de mi salud y mi vida personal. Los resultados de la prueba pueden ayudarnos a mí y a mi médico a tomar decisiones con respecto a mi tratamiento médico. Existen numerosas opciones de tratamiento disponibles para las personas que presentan resultados positivos a las pruebas de detección de VIH. Si los resultados son positivos, sé que puedo infectar a otras personas y que puedo tomar acción para evitarlo.

Los posibles riesgos de la prueba incluyen tensión psicológica, mientras espero los resultados y ansiedad, si los resultados son positivos.

## Obligaciones Para los Proveedores de Atención Médica Que Solicitan las Pruebas

Un médico u otro proveedor de atención médica que solicita una prueba de detección de VIH debe:

- Informar al paciente que se planea realizar una prueba de detección de VIH.
- Proporcionar al paciente información sobre la prueba de detección de VIH.
- Informar al paciente que existen numerosas opciones de tratamiento disponible para las personas que presentan resultados positivos a las pruebas de detección de VIH y que una persona que presenta resultados negativos en una prueba de detección de VIH debería seguir sometiéndose a pruebas periódicamente, e
- Informar al paciente que tiene el derecho de rechazar la prueba de detección de VIH.

Entiendo que, si estuviera embarazada, mi médico me proporcionará información adicional sobre el VIH y sobre la prueba de detección de VIH en relación a mi estado.

## Más Información

Entiendo que antes de que decida tomar esta prueba, debo asegurarme de que he habido hablado con mi médico sobre cualquier pregunta que tenga sobre la prueba, su significado, sus riesgos y beneficios, así como cualesquiera alternativas a dicha prueba.

## Consentimiento Para la Prueba de Detección del VIH

Al firmar abajo, confirmo que:

- He leído y comprendido la información en este formulario y la entiendo;
- Se me ha proporcionado toda la información que deseo con respecto a la prueba del VIH, su significado, los beneficios esperados, los posibles riesgos y cualesquiera alternativas a la prueba y que se me han contestado mis preguntas;
- Entiendo que tengo el derecho de rechazar una prueba de detección de VIH; y
- Doy mi consentimiento para que se realice el examen para detectar el VIH.

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ AM / PM

Firma: \_\_\_\_\_  
(paciente o representante legal)

Si no lo firma el paciente, indique la relación con éste\*: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_  
(representante legal)

*\*Este formulario de consentimiento solamente podrá ser firmado por otra persona que no sea el paciente bajo las siguientes circunstancias:*

1. El paciente tiene menos de doce (12) años de edad o, como resultado de su condición física o mental, es incompetente para consentir a la prueba de sangre para detectar el anticuerpo contra el VIH; y
2. La persona que consiente a esta prueba a favor del paciente está legalmente autorizada para tomar decisiones relacionadas con la atención médica del paciente; por ej., un representante nombrado por el paciente en un poder notarial para la atención de la salud; el padre o tutor de un menor; un conservador debidamente autorizado; o, en circunstancias adecuadas, el familiar disponible más cercano al paciente (*véase el Manual de Consentimiento de CHA, capítulos 2 y 23*); y
3. Es necesario obtener del paciente los resultados de la prueba del anticuerpo contra el VIH a fin de prestarle la debida atención médica o de tomar medidas preventivas.

*\*This consent may be signed by a person other than the patient only under the following circumstances:*

1. The patient is under twelve (12) years of age or, as a result of his/her physical or mental condition, is incompetent to consent to the HIV antibody blood test; and
2. The person who consents to the test on the patient's behalf is lawfully authorized to make health care decisions for the patient, e.g., an agent appointed by the patient in a power of attorney for health care; the parent or guardian of a minor; an appropriately authorized conservator; or, under appropriate circumstances, the patient's closest available relative (see *chapters 2 and 23 of CHA's Consent Manual*); and
3. It is necessary to obtain the patient's HIV antibody test results in order to render appropriate care to the patient or to practice preventative measures.

**NOTE:** This form should include taglines as required by the Affordable Care Act. (See [www.calhospital.org/taglines](http://www.calhospital.org/taglines), for detailed information.)

Reference: Health and Safety Code Section 121020

