

CARTA DE CONSENTIMIENTO EXAMEN VIH

Estimado(a) consultante:

El Ministerio de Salud ha determinado que el examen de detección del VIH debe ser voluntario, con consejería pre y post test y con consentimiento por escrito.

Esto significa:

- **VOLUNTARIO:** Usted decide si quiere o no hacerse el examen.
- **CON CONSEJERIA:** Usted debe recibir información, orientación y apoyo antes de realizarse el examen y al momento de la entrega del resultado. Este procedimiento se llama consejería para el VIH.
- **CON CONSENTIMIENTO:** Usted debe dejar constancia de su voluntad frente al examen, firmando frente a la frase que represente su decisión. Su decisión libre y voluntaria no alterará su derecho a la atención que le corresponde.

1. **SI Acepto realizarme el examen de detección de VIH:** _____
Firma consultante o representante legal
2. **NO Acepto realizarme el examen de detección de VIH:** _____
Firma consultante o representante legal

Nombre y Firma Consejero(a)

Fecha: ____/____/____

FORMULARIO PARA LA ATENCION DE ACCIDENTES CORTOPUNZANTES
ALUMNOS PREGRADO – FACULTAD DE MEDICINA
 (Solo para atención en U. Emergencia Hospital Clínico)
 Usar calco y una copia

I. IDENTIFICACION TUCH

Nombre afectado Sexo Fono casa

Carrera Año Carrera RUT

Fecha y hora de atención en U. Emergencia

Fecha Hora

II. INMUNIZACION PREVIA

Ha recibido vacuna Hepatitis B

SI NO N° Dosis Fecha última dosis

III. ESTADO DE SALUD

Embarazo actual Otras enfermedades relevantes

SI NO Describir

IV. DESCRIPCION ACCIDENTE

Fecha Hora Lugar

Naturaleza accidente

a) Cortopunzante Señalar

Bisturi/aguja hueca/aguja sutura/otro

b) Salpicadura

SI NO Sitio afectado Fluido origen

c) Contacto directo

d) Otro

Describir

V. FUENTE DEL ACCIDENTE

Conocida Nombre paciente fuente

SI NO

Lugar Hospitalización o

atención

N° Ficha o dato

Diagnóstico

En caso fuente desconocida

Bolsa basura Caja material cortopunzante Otro

Nombre Profesional que notifica

Fono más directo

Lugar de trabajo