



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El que suscribe (**LETRAS MAYÚSCULAS**) C. _____
de _____ años, género _____ fecha de nacimiento _____ / _____ / _____
Domicilio en calle _____
_____ número _____ municipio de _____
Estado de _____ con número de teléfono celular
o casa _____.

Por este medio me permito dar mi **CONSENTIMIENTO** para los siguientes procesos:

A) Para que me realicen prueba de tamizaje para detección de anticuerpos anti-virus de la inmunodeficiencia humana (VIH 1 y 2), con la finalidad de conocer mi condición de salud actual y establecer un diagnóstico oportuno y de ser necesario un plan control con antirretrovirales como lo establece la norma oficial mexicana (NOM 010 SSA 2010). La prueba es voluntaria y confidencial. El resultado me será entregado personalmente y bajo ninguna circunstancia el resultado y mis datos serán divulgados a terceros. Así mismo si el resultado de la prueba es positivo, esta no confirma el diagnóstico de seropositividad frente a VIH, por lo tanto se me brindara información del Centro Especializado para que se me realicen las pruebas necesarias para descartar o confirmar la infección de VIH.

B) Para que los resultados de los analisis sean utilizados en procesos de investigación y en el seguimiento de casos clínicos con la finalidad de contribuir a las líneas de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Tlaxcala.

Se me ha explicado el proceso que implica la toma de muestra de sangre por punción venosa, la cual representa un riesgo mínimo para mi salud. Los datos obtenidos serán resguardados y protegidos de acuerdo a la ley federal de protección de datos personales en posesión de los particulares. Los datos obtenidos serán utilizados con fines exclusivos de investigación.

Los resultados de ninguna manera serán un impedimento para continuar mi proceso de ingreso a la **Facultad** _____ **Licenciatura** _____.

Firma del paciente

Fecha

Firma del Químico