



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN DISTRITAL 06D01 - CHAMBO - RIOBAMBA - SALUD
PROGRAMA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH / SIDA
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

SOLICITUD DE EXAMEN PARA VIH

DATOS DE LA UNIDAD QUE SOLICITA		
1. Nombre de la Unidad que solicita	2. Provincia	3. Teléfono
DATOS USUARIO		
1. Código paciente □ □ □ □ □ □ □ □	2. Número de cédula □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	3. N° historia Clínica □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
4. Procedencia: Provincia	Cantón	
Ciudad:	Parroquia:	
5. EDAD: □ □	SEXO: H <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
MOTIVO DE EXAMEN		
1. Usuario con ITS <input type="checkbox"/> HSH <input type="checkbox"/> Trabajador/a Sexual <input type="checkbox"/>	Usuario con Tb <input type="checkbox"/> Demanda Espontánea <input type="checkbox"/>	Embarazada (incluye emb, parto y puerperio) <input type="checkbox"/> Otros especificar..... <input type="checkbox"/>
2. Fecha de realización de la prueba: día □ □ mes □ □ año □ □ □ □		

NOMBRE Y APELLIDO PROFESIONAL
FIRMA

NOMBRE Y APELLIDO CONSEJERO/A
FIRMA

REPORTE DE RESULTADO DE TAMIZAJE

1. Código	2. Edad	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	3. Tipo usuario ITS <input type="checkbox"/> EMB <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/>
4. Pruebas de Tamizaje			
	MARCA DE LA PRUEBA	Reactiva	No Reactiva
1ra. prueba/fecha			
2da. prueba/fecha			
3ra. prueba/fecha			
5. SE ENVÍO MUESTRA INH PARA PRUEBA CONFIRMATORIA		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
6.- Fecha de envío:			
7.- Observaciones.-			



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

PROGRAMA NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH

CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN PRUEBA DE VIH

La transmisión del VIH, prevención, evolución y sus consecuencias
El proceso de las pruebas del VIH
El derecho de la confidencialidad
Implicaciones de los resultados de una prueba reactiva y no reactiva
Implicaciones de los resultados de la prueba positiva y negativa

Y en compromiso de recibir la orientación y asistencia posterior, **autorizo** a que se me realice la prueba de tamizaje y la prueba confirmatoria del VIH **garantizándome** que los resultados obtenidos, así como la información vertida durante estas conversaciones será, manejada con total **confidencialidad**.

Fecha:.....

Código

Firma o Huella digital: usuario / usuaria

C. I.:.....