



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**

<b>DATOS DE LA UNIDAD QUE SOLICITA</b>		
1. Nombre de la Unidad que solicita	2. Provincia	3. Teléfono
<b>DATOS USUARIO</b>		
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"/>	
<b>MOTIVO DE EXAMEN</b>		
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"/>
<b>4. Pruebas de Tamizaje</b>			
	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 la s 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.:.....