



## SOLICITUD EXAMEN VIROLÓGICO VIH

ESTABLECIMIENTO \_\_\_\_\_

PROCEDENCIA: \_\_\_\_\_

CODIGO SURVIH: \_\_\_\_\_

### 1. IDENTIFICACIÓN

NOMBRE (AMBOS NOMBRES, APELLIDO PATERNO Y MATERNO) \_\_\_\_\_

RUT \_\_\_\_\_ GÉNERO F  M  T

EDAD \_\_\_\_\_ TELEFONO (S) \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

EXTRANJERO SI  NO  NACIONALIDAD \_\_\_\_\_ PASAPORTE \_\_\_\_\_

PUEBLO ORIGINARIO SI  NO  CUAL \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

INICIAL PRIMER NOMBRE	INICIAL APELLIDO PATERNO	INICIAL APELLIDO MATERNO	FECHA DE NACIMIENTO (DÍA - MES - AÑO)	TRES ÚLTIMOS DÍGITOS DEL RUT + CÓDIGO VERIFICADOR

### 2. EXAMEN SOLICITADO PARA (MARQUE LA PRINCIPAL):

Consulta morbilidad		Control Gestantes (Nº semanas)	
Consulta espontánea		Pareja de gestante VIH positivo	
Control por ITS		CS	
Investigación de contacto		VVS	
Paciente en diálisis		Donante de órganos	
Paciente fuente de accidente cortopunzante		Control por tuberculosis	
Personal de salud expuesto a accidente cortopunzante		Control climaterio, fecundidad, ginecológico	
Pareja serodiscordante		Segunda muestra (Pi)	
Persona en control por hepatitis B		Persona en control por hepatitis C	
Otro			

### 3. PROFESIONAL QUE SOLICITA EL EXAMEN (NOMBRE Y FIRMA LEGIBLE)

### 4. CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE O REPRESENTANTE

Libre y voluntariamente autorizo la realización del examen del VIH, luego de haber recibido información, orientación y apoyo antes de realizar el examen.

**Me comprometo a concurrir voluntariamente a saber el resultado del examen en el plazo que se me ha indicado durante la consejería.**

Nombre del representante (parentesco)	Firma del paciente o representante.

5. FECHA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_