

Ministerio de Salud
Servicio de Salud Valparaíso San Antonio
Hospital Claudio Vicuña de San Antonio
DOA/XPD/DIB/dib



RESOLUCIÓN EXENTA N° 1879 *22.07.2022

SAN ANTONIO,

VISTOS: Las disposiciones contenidas en Ley 19.937 del 24 de Febrero 2004 del Ministerio de Salud; Decreto con Fuerza de Ley N°1, 2005, del Ministerio de Salud que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763 de 1979 ; D.S. N° 38 / 2005, que Aprueba el Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos Autogestionados en Red y en lo previsto en la Resolución Exenta N° 06 / 2019 de la Contraloría General de la República, la Resolución Exenta N° 3416 25-05-2006 y Resolución Exenta N° 4214 06-09-2021 del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio.

CONSIDERANDO:

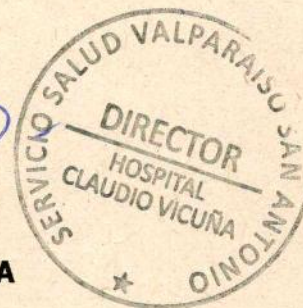
Describir las condiciones básicas para la realización de la consejería pre y post test.

RESUELVO:

APRUEBESE; "Protocolo Consejería Pre y Post Test VIH" en su primera edición.

Notifíquese y difúndase


DANIEL OLIVARES ACUÑA
DIRECTOR(S)
HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA




DISTRIBUCIÓN:

Dirección
Unidad Control de Gestión y DO

Sub Dirección Gestión del Cuidado
UNACESS

Oficina de Partes
Subdirección Gestión Asistencia y sus Unidades
Asesoras
Apoyo Diagnóstico y Terapéutico y sus CC
Unidades Asesoras Dirección

CR Atención cerrada y sus CC
CR Atención Emergencia y sus CC
CR Atención Abierta y sus CC

| | | |
|--|---|-------------------|
|  HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA <small>SERVICIO DE SALUD</small> | Hospital Claudio Vicuña Protocolo Consejería pre y post test VIH | Código: GD 69 |
| | | Edición: Primera |
| | | Página: 1 de 19 |
| | | Fecha: Junio 2022 |


Protocolo Consejería Pre y Post Test VIH

| | | |
|---|--|--|
| Elaborado por: Julián Rojo M. Matrón UNACCESS   I.T.S. <i>WSP</i> H.C.V. Julián Rojo Maureira Matrón Teléfono: 7717.692-3 Fecha: Julio 2022 <small>Registro S.T.S. N° 629542</small> | Revisado y Autorizado por: Carmen Molina E. Profesional Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente   OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE Fecha: Julio 2022 | Aprobado por: Daniel Olivares A. Director (S) Hospital Claudio Vicuña.   DIRECTOR GENERAL HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA Fecha: Julio 2022 |
|---|--|--|



Índice:

| Ítem | Contenido | Página |
|------|--------------------------------------|--------|
| 1. | Objetivos | 3 |
| 2. | Alcance | 3 |
| 3. | Documentos relacionados | 3 |
| 4. | Responsables | 4 |
| 5. | Definiciones | 4 |
| 6. | Desarrollo | 6 |
| 7. | Criterios de calidad | 11 |
| 8. | Flujograma | 11 |
| 9. | Indicadores y Umbral de Cumplimiento | 12 |
| 10. | Distribución | 12 |
| 11. | Anexo | 13 |
| 12. | Formulario de control de cambio | 19 |

| | | |
|---|---|-------------------|
|  HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA SANTO DOMINGO | Hospital Claudio Vicuña Protocolo Consejería pre y post test VIH | Código: GD 69 |
| | | Edición: Primera |
| | | Página: 3 de 19 |
| | | Fecha: Junio 2022 |

1. Objetivo:


Describir las condiciones básicas para la realización de la consejería pre y post test.

2. Alcance:

Debe aplicarse en todos los servicios clínicos en los que tomen exámenes de VIH rápido o convencional.

3. Documentos relacionados:

- Directrices para la detección de VIH a través de test visual/rápido en acciones intra y extramuro, 2018 RE1427/2018
- Aplicación de test rápido de detección de VIH por alumnos en periodo asistencial con supervisión profesional ord. A15 n°1067/2021
- Protocolo para la información, apoyo, manejo y seguimiento de los adolescentes de edad igual o superior a 14 y menores de 18 años en la detección del VIH RE423/2018
- Manual de procedimientos para la detección y diagnóstico de la infección por VIH, MINSAL 2010
- Guía Clínica AUGÉ. Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA, 2013
- Orientaciones para la aplicación y mantención del acceso al examen VIH en el contexto de la pandemia por SARS-CoV-2, MINSAL
- Plan nacional de prevención y control del VIH/SIDA e ITS 2018-2019
- Codificación examen de detección de VIH. ORD. B22 N°4220/2009
- Ley 19779 establece normas relativas al virus de inmunodeficiencia humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas
- Regula procedimiento de examen para la detección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) RE 371/2001
- Reglamento del examen para la detección del virus de la inmunodeficiencia humana Decreto 181/2020
- Ley sobre protección de la vida privada. Ley 19628
- Modifica el procedimiento para el examen del VIH respecto de menores de edad. Ley 20987/ 2017
- Protocolo APD1.1 Identificación, codificación, selección, obtención de consentimiento informado donante, HCV


| | | |
|--|--|-------------------|
|  HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA <small>2000 VICTORIO</small> | Hospital Claudio Vicuña | Código: GD 69 |
| | | Edición: Primera |
| | Protocolo Consejería pre y post test VIH | Página: 4 de 19 |
| | | Fecha: Junio 2022 |

4. Responsables:


| Actividad | Responsable |
|---|--|
| Consejería Pre test | <p>Tecnólogo Médico UMT</p> <p>Médico que solicita el examen capacitado en consejería VIH</p> <p>Matrón(a) que solicita el examen capacitado en consejería VIH</p> <p>Enfermero(a) que solicita el examen capacitado en consejería VIH</p> |
| Consejería post test paciente hospitalizado | <p>Médico que solicita el examen capacitado en consejería VIH</p> <p>Matrón(a) que solicita el examen capacitado en consejería VIH</p> <p>Enfermero(a) que solicita el examen capacitado en consejería VIH</p> |
| Consejería post test paciente ambulatorio | Matrón UNACCESS |

5. Definiciones:

- **Test Rápido para VIH:** son métodos diseñados para la detección de anticuerpos contra VIH en suero, plasma, sangre total y fluido oral, cuyo resultado se obtiene generalmente en un rango entre 10 a 20 minutos.
- **Test convencional VIH:** test serológico de laboratorio, ejecutados en laboratorios clínicos de la red.
- **Test confirmatorio VIH:** Test de laboratorio, realizados en Chile sólo por el ISP, que permite confirmar la infección por VIH de un paciente o donante.
- **Consejería para la prevención del VIH e ITS,** que considera la evaluación de las vulnerabilidades y riesgos personales, la actualización de la información y la planificación de estrategias de prevención más adecuadas a cada persona. La oferta del examen se realiza si los antecedentes recopilados justifican su realización o si el paciente lo solicita espontáneamente.

| | | |
|--|--|-------------------|
|  HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA SANTIAGO | Hospital Claudio Vicuña | Código: GD 69 |
| | | Edición: Primera |
| | Protocolo Consejería pre y post test VIH | Página: 5 de 19 |
| | | Fecha: Junio 2022 |

- **Consejería para el examen VIH y la entrega de su resultado.** Se sustenta principalmente en orientar y apoyar la toma de decisiones informadas respecto de la realización del examen y de la entrega del resultado de manera oportuna, finalizando con la derivación a los establecimientos de salud para la atención clínica, si se requiere.
- **SURVIH:** Sistema de Registro único e Información del VIH/SIDA.
- **UNACCESS:** Unidad de Atención y Control en Salud Sexual.
- **Intramuro:** utilizado en el contexto de una atención de salud, en establecimientos de salud.
- **Extramuro:** eventos de carácter masivo y que corresponden a estrategias comunitarias.
- **Clave o código de identificación:** Para respetar la confidencialidad, las muestras se rotulan con un código del paciente/usuario que reserva el nombre. El código se codifica y decodifica en el establecimiento de origen de toma de la muestra, ya que éste es el que debe tener registrada toda la información del paciente/usuario en la ficha, la cual tiene legalmente carácter confidencial.
- **Prueba de identidad:** confirma la identidad del paciente y determina que el procedimiento no tiene errores, por lo tanto, se debe entregar el examen confirmado por el ISP.
- **TAR:** Terapia anti retroviral
- **ITS:** son afecciones de distintas etiologías transmitidas sexualmente, aunque también pueden adquirirse por otras vías de origen no sexual.

| | | |
|--|--|-------------------|
|  HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA <small>SAN ANTONIO</small> | Hospital Claudio Vicuña | Código: GD 69 |
| | Protocolo Consejería pre y post test VIH | Edición: Primera |
| | | Página: 6 de 19 |
| | | Fecha: Junio 2022 |

6. Desarrollo.

6.1 Consejería pre test

Se orienta principalmente en apoyar la toma de decisiones informadas respecto de la realización del examen y del resultado de manera oportuna.


La fecha de próxima citación a registrar en consentimiento informado, ha de colocarse en día viernes subsiguiente a la fecha de toma de examen, entre las 14.00 y 15.00 horas, en UNACCESS.

En el marco de la Consejería asociada al examen de detección del VIH y la entrega de su resultado se definen tres categorías:

| Consejería y detección de VIH en donantes de sangre y órganos | |
|--|---|
| Tipo de Usuario | Donantes de sangre y órganos |
| Definición | <p>Se realizará a todas las personas que se les aplica el procedimiento de la Ley 19.779 y el Decreto N°182/05 del Minsal.</p> <p>Los screening practicados a la sangre de los donantes son obligatorios y permiten evitar las infecciones transmitidas por sangre, por ello se realiza el test de detección del VIH.</p> |
| Objetivo de la Consejería | Informar de los objetivos de la donación y la realización del test a la sangre, con el fin de que el usuario decida si acepta el procedimiento o se autoexcluye, resguardando la seguridad del donante y del receptor. |
| Actividades relacionadas | <ol style="list-style-type: none"> 1. Informar el motivo del requerimiento del examen y su vinculación con la transmisión del VIH por esta vía, enfatizando la importancia y el objetivo para la donación. 2. Informar sobre las formas de transmisión y prevención del VIH. 3. Informar sobre el procedimiento, análisis de la sangre y los posibles resultados. 4. Realizar lectura y firma del consentimiento (según protocolo APD1.1) 5. Informar las acciones que se realizarán si el examen de la sangre donada detecta el VIH. 6. Registrar datos del donante, según protocolo APD1.1. |
| Responsable | Tecnólogo Médico UMT |


Consejería y detección del VIH cuando el profesional de la salud ofrece el examen

| | |
|---------------------------|---|
| Tipo de Usuario | <ul style="list-style-type: none">- Embarazadas- Personas en control por TBC- Víctimas de violencia sexual- Personal de salud que se haya expuesto a accidentes cortopunzantes de riesgo para la transmisión del VIH- Personas en riesgo de adquirir una ITS y que asisten a consulta de salud sexual- Consultantes con sintomatología sugerente de Infecciones de Transmisión Sexual- Personas en control de salud sexual (comercio sexual)- Pacientes en diálisis- Pacientes en los que el profesional de la salud indique el examen por signos sugerentes de la infección por VIH. |
| Definición | <p>Es un procedimiento recomendado en el marco de una atención habitual de un usuario que consulta en un establecimiento de salud.</p> <p>Se realizará a aquellas personas a las que se les ofrece el examen de detección del VIH, en el marco de la atención clínica definida por situaciones clínicas que lo ameritan, ocurrencia de accidente cortopunzante.</p> |
| Objetivo de la Consejería | Permitir la toma de decisiones clínicas específicas o proponer los servicios médicos disponibles que no son posibles de proporcionar si no se conoce el estado serológico del paciente. |
| Actividades relacionadas | <ol style="list-style-type: none">1. Informar el motivo de la oferta del examen y su vinculación con la transmisión del VIH.2. Informar sobre las formas de transmisión y prevención del VIH.3. Informar sobre el examen, sus procedimientos y de los posibles resultados.4. Realizar lectura y firma del consentimiento informado (paciente y consejero) o rechazo (anexo 1 o anexo 2 según corresponda). Archivar en ficha del paciente.5. Tomar acuerdos para la entrega del resultado.6. Derivar a consejería con énfasis en la prevención primaria cuando corresponda. |


| | | |
|--|--|-------------------|
|  HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA <small>SAN ANTONIO</small> | Hospital Claudio Vicuña | Código: GD 69 |
| | Protocolo Consejería pre y post test VIH | Edición: Primera |
| | | Página: 8 de 19 |
| | | Fecha: Junio 2022 |

| | |
|-------------|---|
| Responsable | Profesional que solicita el examen (capacitado en consejería VIH). Profesional capacitado en consejería VIH UNACESS. |
|-------------|---|

| Consejería y detección del VIH por iniciativa del usuario | |
|--|---|
| Tipo de Usuario | Usuarios que solicitan el examen por iniciativa propia. |
| Definición | Es aquella que se realiza a una persona que se acerca por iniciativa propia a un establecimiento de salud para solicitar el examen y conocer su estado serológico. |
| Objetivo de la Consejería | Proveer examen de VIH a usuario solicitante. |
| Actividades relacionadas | <ol style="list-style-type: none"> 1. Precisar el motivo de consulta que genera la solicitud del examen por el consultante. 2. Informar sobre las formas de transmisión y prevención del VIH. 3. Informar sobre el examen, sus procedimientos, periodo de ventana y de los posibles resultados. 4. Realizar lectura y firma del consentimiento o rechazo del examen (anexo 1). 5. Tomar acuerdos para la entrega de resultado. 6. Si la situación del usuario lo requiere se ofrecerá, además, consejería para la prevención del VIH e ITS que privilegia, en otro contexto, la evaluación del riesgo individual así como el abordaje del impacto del ITS en la salud, en el entorno familiar y social, y las estrategias para disminuir los riesgos. |
| Responsable | Profesional capacitado en consejería VIH UNACESS |

| | | |
|--|---|-------------------|
|  HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA <small>SAN ANTONIO</small> | Hospital Claudio Vicuña Protocolo Consejería pre y post test VIH | Código: GD 69 |
| | | Edición: Primera |
| | | Página: 9 de 19 |
| | | Fecha: Junio 2022 |

| Consejería y detección de VIH para otros destinatarios | |
|---|--|
| Tipo de Usuario | Otros destinatarios de la actividad de consejería serán todas las personas que actúen como tutor o representante legal de niños, niñas, adolescentes y/o de personas incapacitadas de dar su consentimiento, quienes deberán firmar el consentimiento de aceptación o rechazo del examen. |
| Definición | Es aquella que se realiza a una persona personas que actúen como tutor o representante legal de niños, niñas, adolescentes y/o de personas incapacitadas de dar su consentimiento que se acerca por iniciativa propia y/o se encuentra hospitalizado en un establecimiento de salud y se requiere conocer su estado serológico o un profesional lo ofrece (referido en los casos citados anteriormente) |
| Objetivo de la Consejería | Proveer examen de VIH al paciente |
| Actividades relacionadas | <ol style="list-style-type: none"> 1. Precisar el motivo de consulta que genera la solicitud del examen por el consultante. 2. Informar sobre las formas de transmisión y prevención del VIH. 3. Informar sobre el examen, sus procedimientos, periodo de ventana y de los posibles resultados. 4. Realizar lectura y firma del consentimiento o rechazo del examen (anexo 1). 5. Tomar acuerdos para la entrega de resultado. 6. Si la situación del usuario lo requiere se ofrecerá, además, consejería para la prevención del VIH e ITS que privilegia, en otro contexto, la evaluación del riesgo individual así como el abordaje del impacto del VIH en la salud, en el entorno familiar y social, y las estrategias para disminuir los riesgos. En caso de sospecha por el profesional de víctimas de violencia sexual, debe derivarse al paciente a urgencia gineco-obstétrica, urgencia pediátrica y/o urgencia adulto-infantil, según derivación interna (según protocolo Víctimas de Violencia sexual) |
| Responsable | Enfermero y/o matró(a) de turno de urgencia adulto infantil, urgencia gineco obstétrica capacitados en consejería VIH. Profesional capacitado en consejería VIH UNACCESS. |

| | | |
|---|-------------------------|--|
|  HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA <small>SIN FINES DE LUCRO</small> | Hospital Claudio Vicuña | Código: GD 69 |
| | | Protocolo Consejería pre y post test VIH |
| | | Página: 10 de 19 |
| | | Fecha: Junio 2022 |

6.2 Consejería post test

6.2.1 Consejería post test no reactivo local/negativo post análisis del ISP

No se realiza a los donantes de sangre u órganos. Si un donante lo solicita, debe ser derivado a UNACESS.

Para todos los otros usuarios:


1. Entregar el documento enviado por el laboratorio con resultado del examen.
2. Explicar claramente significado del resultado.
3. Solicitar al consultante firmar la recepción del resultado del examen y Formulario de Notificación Post test (anexo 2 o anexo 3, según corresponda).
4. Guardar formulario notificación post test y recepción del resultado en ficha clínica del paciente.
5. Promover medidas de prevención.
6. Evaluar recomendación de nuevo examen (por período de ventana).
7. Derivar si se considera pertinente, a consejería en prevención del VIH/SIDA y las ITS.

6.2.2 Consejería post test confirmado por el ISP como positivo

Esta actividad debe ser realizada cuando se haya completado todo el proceso de confirmación incluyendo la prueba de identidad, e independiente del tipo de situación que dio origen al examen (también se realiza a donantes de sangre u órganos) y al tipo de consejería.

Se considerarán las siguientes acciones:

1. Entregar el formulario con la confirmación del ISP en original.
2. Informar sobre las implicancias de vivir con VIH o estar desarrollando SIDA.
3. Derivar a un centro de atención de VIH/SIDA.
4. Solicitar al consultante firmar:
 - a. La recepción del resultado del examen (anexo 2)

| | | |
|---|---|-------------------|
|  HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA SAN ANTONIO | Hospital Claudio Vicuña Protocolo Consejería pre y post test VIH | Código: GD 69 |
| | | Edición: Primera |
| | | Página: 11 de 19 |
| | | Fecha: Junio 2022 |

- b. Formulario de notificación post test. (anexo 2)
- c. Informe del proceso diagnóstico (anexo 4)
- d. Formulario de constancia de información al paciente GES. (anexo 5)

Guardar en ficha clínica del paciente.


- 5. Subir Ficha clínica con documentación adjunta a GES. Con firma de recepción en cuaderno de correspondencia.
- 6. Promover conductas de autocuidado y prevención de transmisión de VIH.
- 7. Proponer que la persona informe de su estado serológico a su/sus pareja/as sexual/es, recomendando la consejería y detección del VIH.

7. Criterio de calidad:

N/A

8. Flujograma:

N/A

| | | | |
|--|---|------------------|-------------------|
|  HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA <small>1968 RECIBO</small> | Hospital Claudio Vicuña Protocolo Consejería pre y post test VIH | Código: GD 69 | |
| | | Edición: Primera | |
| | | | Página: 12 de 19 |
| | | | Fecha: Junio 2022 |

9. Indicadores y umbral de cumplimiento:

| | |
|-------------------------------|---|
| Titulo | Complejidad de consentimiento informado y formulario de consejería post test |
| Descripción y racionalidad | La complejidad del consentimiento informado y formulario de consejería post test, permite cumplir con la normativa legal relacionada al proceso y contar con los antecedentes necesarios para contactar al paciente en caso de ser necesario. |
| Tipo indicador | Proceso |
| Numerador | Número pacientes con consentimiento informado y formulario de consejería post test para examen de VIH convencional, provenientes de servicios de hospitalización completos según protocolo x 100 |
| Denominador | Número pacientes con consentimiento informado y formulario de consejería post test para examen de VIH convencional, provenientes de servicios de hospitalización |
| Fuente de datos | Fuentes primarias: ficha clínica, BiosLIS Fuentes secundarias: pauta de cotejo |
| Área de aplicación | Todos los servicios de hospitalización |
| Metodología | Se utilizará listado de exámenes de VIH convencional, solicitados por los servicios de hospitalización en día aleatorizado por calidad, se solicitarán fichas clínicas para confirmar presencia y complejidad según protocolo del consentimiento informado y formulario de consejería post test para examen de VIH convencional, según pauta de cotejo (anexo 6). |
| Tamaño de la muestra | Total de pacientes a los que se les realizó examen de VIH convencional en día aleatorizado por calidad. |
| Periodicidad de la medición | Trimestral |
| Periodicidad de la Evaluación | Trimestral |
| Umbral de cumplimiento | >0 = a 95 % |
| Responsables | Matrón UNACCESS |



10. Distribución.

- UNACCESS,
- Urgencia adulto infantil,
- Urgencia respiratoria,
- Urgencia gineco obstétrica,

- Todos los servicios de paciente hospitalizados,
- UMT

11. Anexos:

Anexo 1. Consentimiento Informado Test Convencional VIH

Consentimiento Informado Test Convencional VIH

Señor(a):
El presente documento tiene como objetivo que usted, luego de haber recibido información, manifieste de manera libre y voluntaria, a través de su firma, la aceptación o rechazo a la realización del examen de detección de VIH, según se establece en la Ley n°10.770 y en la normativa del Ministerio de Salud.
El examen para detectar el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, VIH se realiza a partir de una muestra de sangre que al ser procesada puede entregar un resultado negativo o positivo. El resultado negativo, significa que no se detecta la presencia de anticuerpos contra el VIH; el resultado positivo significa que se detecta la presencia de anticuerpos contra el VIH y que el Instituto de Salud Pública (ISP) ha confirmado que la persona ha adquirido el virus. La entrega del resultado final podrá requerir, en algunos casos, de una segunda muestra de sangre.
El procedimiento de la muestra de sangre y su confirmación, demora aproximadamente ocho semanas. Para que el examen pueda detectar con seguridad el virus VIH, se requiere que la toma de muestra de sangre y su análisis se realice luego de tres meses desde la última situación de riesgo para adquirirlo, debido a la existencia del periodo de ventana (periodo durante el cual usted podría estar infectado y no ser detectado a través del examen).
El examen se debe ofrecer con consejería pre test, que tiene como propósito informar sobre VIH y el examen de detección, firmar el Consentimiento Informado y tomar acuerdos para la entrega del resultado. El resultado de su examen será entregado personalmente con Consejería Post-test, en la que además, recibirá información respecto de las estrategias de prevención y/o servicios de Salud disponibles para la atención (si corresponde). Toda la información que usted entregue en ambas sesiones será tratada confidencialmente.

Yo, _____
RUT _____ Fecha de Nacimiento: _____, declaro haber comprendido este documento y haber recibido consejería previa a la realización del test. Acepto la responsabilidad de retirar personalmente el resultado y en caso de no retirarlo en la fecha acordada, acepto que se me contacte confidencialmente, según los procedimientos que me han informado (llamado telefónico, visitas domiciliarias, carta certificada).
Frente a esto decido:


Acepto realizarme el test de VIH: _____ Fecha de próxima citación: ___/___/___
Firma consultante/Representante Legal _____

Rechazo realizarme el test de VIH: _____
Firma consultante/Representante Legal _____

Nombre y firma del profesional solicitante _____ Fecha _____
Adolescentes entre 14 y 18 años:

Nombre del Representante Legal: _____
RUT del Representante Legal: _____
Teléfono del Representante Legal: _____
Dirección del Representante Legal: _____

Anexo 2. Formulario Notificación Post Test, Entrega de Consejería y Derivación a la Red



Formulario Notificación Post Test, Entrega de Consejería y Derivación a la Red

| | |
|---------------------|--|
| Clave SURVIH | |
| Nombre | |
| Fecha de Nacimiento | |
| Edad | |
| Domicilio | |
| Cédula de Identidad | |
| Estado Civil | |
| Teléfono | |

Consejería Post Test

| Número de orden | | | | |
|------------------|--------------------|------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| Fecha de Ingreso | Fecha de Recepción | Fecha de Emisión | Entrega de Resultado Confirmatorio | Fecha citación de derivación a la RED |
| | | | | |

Con fecha _____, Yo, _____, RUN(DI) _____, he recibido el resultado del test serológico para VIH, con consejería, en la que se me ha explicado el significado del resultado y se me ha informado sobre medidas de prevención, alternativas de atención de salud, y se me ha derivado a la Red correspondiente a mi previsión de salud (si aplica).

Nombre y firma del consultante: _____

Nombre y firma del profesional consejero: _____

Adolescentes entre 14 y 18 años:



Nombre del Representante Legal o adulto significativo: _____

RUT del Representante Legal o adulto significativo: _____

Teléfono del Representante Legal o adulto significativo: _____

Dirección del Representante Legal o adulto significativo: _____

Anexo 3. Consentimiento Informado Test Visual/ Rápido VIH

| | |
|--|---|
|  |  |
| Consentimiento Informado Test Visual/ Rápido VIH | |
| Yo _____ | |
| RUN (DI*) _____ | Fecha de Nacimiento _____ |
| Dirección _____ | |
| Teléfono de Contacto _____ | Previsión _____ |
| <p>Declaro haber recibido información y orientación previa a la realización de la prueba para VIH visual/rápida y que los datos que he entregado son verídicos.</p> <p>La prueba sirve para detectar el VIH (virus de la inmunodeficiencia adquirida), que afecta el sistema inmunológico y se transmite o adquiere por vía sexual, vía sanguínea y vía madre-hijo.</p> <p>Con mi firma expreso la autorización o rechazo a la realización del test, correspondiendo a una decisión libre y voluntaria. Si acepto la toma del test accedo también a que se realicen todos los procedimientos necesarios para concluir con el proceso diagnóstico.</p> <p>El resultado puede ser No Reactivo o Reactivo, lo que me será informado inmediatamente una vez conocido el resultado. Si el resultado es Reactivo, se debe enviar una muestra de sangre venosa al Instituto de Salud Pública (ISP) para confirmación. Es mi deber retirar el resultado de esta confirmación en la fecha que se me ha citado.</p> <p>En caso de no asistir a dicha citación sé que podré ser contactado (a) confidencialmente, según los procedimientos que me han informado (llamado telefónico, visita domiciliaria, carta certificada).</p> <p>Se me ha informado también, que el examen es confidencial y su resultado me será entregado por personas capacitadas.</p> | |
| <input type="checkbox"/> | Acepto realizarme el test de VIH: _____ Firma consultante/Representante Legal |
| <input type="checkbox"/> | Rechazo realizarme el test de VIH: _____ Firma consultante/Representante Legal |
| _____ Nombre y firma del profesional solicitante | _____ Fecha |
| <p>Adolescentes entre 14 y 18 años: Nombre del Representante Legal: _____</p> <p>RUT del Representante Legal: _____</p> <p>Teléfono del Representante Legal: _____</p> <p>Dirección del Representante Legal: _____</p> <p><small>*DI: Documento de Identificación</small></p> | |




Entrega del resultado examen Test Visual/Rápido VIH


Con fecha _____, Yo, _____,
RUN (DI) _____, he recibido el resultado del test Visual/Rápido
para VIH, con consejería, en la que se me ha explicado el significado del resultado y se me
ha informado sobre medidas de prevención y alternativas de atención de salud, si lo
requiero.

Nombre y firma del consultante o representante legal: _____

Nombre y firma del profesional consejero: _____

| | | |
|--|--|-------------------|
|  HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA <small>SAN ANTONIO</small> | Hospital Claudio Vicuña | Código: GD 69 |
| | Protocolo Consejería pre y post test VIH | Edición: Primera |
| | | Página: 18 de 19 |
| | | Fecha: Junio 2022 |

Anexo 5. Formulario de Constancia de Información al paciente GES



FORMULARIO DE CONSTANCIA DE INFORMACION AL PACIENTE GES
(Art. 24º, Ley 19.966)

DATOS DEL PRESTADOR

INSTITUCION (Hospital, Clínica, Consultorio, etc.): HOSPITAL CLAUDIO VICUÑA

DIRECCIÓN: CARMEN GUERRERO N° 945 CIUDAD: SAN ANTONIO

NOMBRE PERSONA QUE NOTIFICA: _____

RUT: _____

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

NOMBRE: _____

RUT: _____ FONASA _____ ISAPRE _____

DOMICILIO: _____ COMUNA: _____ REGIÓN: _____

N° TELEFONO FIJO: _____ N° TELEFÓNICO CELULAR: _____

DIRECCIÓN CORREO ELECTRÓNICO (e-mail): _____

INFORMACIÓN MÉDICA

CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA GES:

Confirmación Diagnóstica Paciente en Tratamiento

CONSTANCIA:
 Declaro que, con esta fecha y hora, he tomado conocimiento que tengo derecho a acceder a las Garantías Explícitas en Salud, siempre que la atención sea otorgada en la red de Prestaciones que me corresponde según Fonasa e Isapre, a la que me encuentro adscrito.

IMPORTANTE:
 Tenga presente que si no se cumplen las garantías usted puede reclamar ante Fonasa o la Isapre, según corresponda. Si la respuesta no es satisfactoria, usted puede recurrir en segunda instancia a la Superintendencia de Salud.

FECHA Y HORA DE NOTIFICACIÓN: _____

INFORME DIAGNÓSTICO GES (Firma de persona que notifica) _____

TOME CONOCIMIENTO (Firma o huella digital del paciente) _____

En caso que la persona que tomó conocimiento no sea el paciente, identificar:

Nombre: _____ Rut: _____

N° Teléfono Celular: _____ Dirección correo electrónico (e-mail): _____

Cod: 522874

