Informed Consent and Agreement to HIV Testing

I understand the following information, which I have read or has been read to me:

- Blood, or another body fluid or tissue sample, will be tested for human immunodeficiency virus (HIV) infection;
- Consent to be tested for HIV, the virus that causes AIDS, should be given FREELY;
- Results of this test, like all medical records, are confidential, but confidentiality cannot be guaranteed; and
- If positive test results become known, an individual may experience discrimination from family or friends and at school or work.

What a NEGATIVE Result Means:

- A negative test means that HIV infection has not been found at the time of the test.

What a POSITIVE Result Means:

- A positive HIV test means that a person is infected with HIV and can transmit the virus by having sex, sharing needles, childbearing (from mother to child), breastfeeding, or donating organs, blood, plasma, tissue, or breast milk.
- A positive HIV test DOES NOT mean a diagnosis of AIDS -- other tests are needed.

What Will Happen if the Test Is Positive:

- A copy of the Department of Health and Mental Hygiene's publication "Information for HIV Infected Persons" will be provided;
- The health department or my doctor will offer advice about services that are available;
- Women who are pregnant or may become pregnant will be told of treatment options which may reduce the risk of transmitting HIV to the unborn child;
- Information will be provided on how to keep from transmitting HIV infection;
- My name will be reported to the health department for tests that indicate HIV infection. This includes, but is not limited to: HIV Antibody (Western blot), HIV Viral Load (RNA or DNA quantification), HIV viral sequencing or HIV p24 antigen tests;
- My name will be reported to the health department if my doctor finds that I have AIDS;
- I will be offered assistance in notifying and referring my partners for services. If I refuse to notify my partners, a doctor may notify them or have a representative of the local health department do so. If a representative of the local health department notifies my partners, my name will not be used. Maryland law requires that when a local health department knows of my partners, it must refer them for care, support, and treatment.

I have been given a chance to have my questions about this test answered.

I hereby agree to be tested for HIV infection.

Print name of individual to be tested in the boxes below:

First Name Middle Init.

Last Name

Signature of Individual to be Tested (or Authorized Substitute) Date

Signature of Counselor or Health Care Provider Date

Consentimiento y autorización para la prueba del VIH

Comprendo la siguiente información que he leído o que me han leido:

- La prueba para detectar la infección por VIH se puede hacer usando una muestra de sangre u otro liquido o tejido corporal;
- El consentimiento para la prueba del VIH, el virus que causa el SIDA, debe darse libremente;
- Como todos los registros de salud, los resultados de esta prueba son confidenciales, pero la confidencialidad no se puede garantizar; y
- Si los resultados positivos de la prueba se divulgaran, la persona pudiera ser objeto de discriminación por parte de su familia o amigos y en la escuela o en el trabajo.

Lo que significa un resultado NEGATIVO:

- Un resultado negativo significa que no se ha encontrado la infección por VIH en el momento de la prueba.

Lo que significa un resultado POSITIVO:

- Un resultado positivo quiere decir que la persona esta infectada con el VIH y puede transmitir el virus por medio de relaciones sexuales, compartiendo agujas, por un embarazo (transmisión de la madre al niño), alimentándolo con lecha materna, o donando órganos, sangre, plasma o leche materna.
- Una prueba positiva NO SIGNIFICA un diagnóstico de SIDA – se requieren otras pruebas.

Qué sucederá si la prueba es positiva:

- Se le dará una copia de la publicación del Departamento de Salud e Higiene Mental titulada “Información para las personas infectadas con VIH”;
- El Departamento de Salud o mi doctor me informarán acerca de los servicios disponibles;
- A las mujeres que están embarazadas o que pueden llegar a estar embarazadas se les informará sobre las opciones de tratamiento que pueden disminuir el riesgo de transmitir la infección al niño que va a nacer;
- Se le dará información sobre cómo evitar la transmisión de la infección;
- Su nombre será reportado al Departamento de Salud junto con los resultados de las pruebas que indican infección con VIH. Estas incluyen pero no están limitadas a: Anticuerpos VIH (Western blot), Carga Viral de VIH (cuantificación de RNA o DNA), secuencia viral de VIH o pruebas de antígeno VIH p24;
- Su nombre será reportado al Departamento de Salud si su doctor encuentra que tiene SIDA;
- El Departamento de Salud o su doctor le ofrecerán ayuda para notificar y referir a sus parejas a servicios médicos. Si rehusa notificar a sus parejas, su doctor puede notificarles directamente o pedir a un representante del Departamento de Salud local que lo haga. Si el personal del Departamento de Salud local notifica a sus parejas, será de forma anónima y no utilizarán su nombre. La ley de Maryland exige que cuando el Departamento de Salud sabe quiénes son sus parejas, los debe referir para cuidado médico, apoyo y tratamiento.

Me han dado la oportunidad de hacer preguntas y obtener respuestas sobre la prueba.

Por la presente autorizo que se me haga la prueba para la infección del VIH.

Escribir el nombre de la persona que se va hacer la prueba con letra de molde:

Primer Nombre — Inicial del Segundo Nombre

Apellido

Firma del cliente (o de la persona autorizada) — Fecha

Firma del Consejero o del Proveedor de Servicios Médicos — Fecha