Para la toma de muestras sanguíneas para VIH, Dec. No. 1543/1997, Capítulo 1, Artículo 2, Ministerio de Salud pública, Colombia).

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ certifico que acudo libre y voluntariamente al Laboratorio de Inmunología de la Universidad del Cauca, para la toma de muestra sanguínea, que he leído o recibí asesoría preprueba y/o postprueba diagnóstica para VIH, e información sobre el proceso que se me va a realizar, sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y su riesgo.

Acepto la toma de muestra sanguínea y entiendo que esta es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Fui informado de las medidas que se tomaran para proteger la confidencialidad de la información que he suministrado y de mis resultados.

Que la interpretación de este o cualquier resultado de laboratorio es exclusiva del médico tratante o solicitante.

Para constancia se firma a los \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma asesorado C.C. No.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma asesor C.C. No.