

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EFECTUAR ANALISIS DE HIV

Nombre y Apellido:

Número de Afiliado:/..... DNI/LC:

Por la presente expreso mi consentimiento para someterme a una prueba diagnóstica para la detección de anticuerpos contra el virus del SIDA mediante técnicas de Elisa o similar.

...../...../.....

Fecha

.....

Firma

.....

Aclaración

Extracciones: Lunes a Viernes de 6:30 a 10:00 hs. / **Retiro de Resultados:** Lunes a Viernes de 10:00 a 18:00 hs. ó a través de nuestro **Portal de Salud:** www.obsba.org.ar/portal-de-salud / **Atención al Afiliado:** 0800.348.1014 - Opción 2

