



HIV ANTIBODY TESTING CONFIDENTIAL CONSENT FORM

The HIV antibody test is a blood test to detect whether or not a person has antibodies in his/her blood to HIV (Human Immunodeficiency Virus). This is the virus that causes AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome). *El examen de anticuerpos del VIH es un examen para detectar si una persona tiene o no tiene los anticuerpos del VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) en su sangre. Este es el virus que causa SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida)*

The only way to know if you have HIV is to be tested. HIV tests are safe. HIV testing is important to your health. *La única forma de saber si usted tiene VIH es por medio de un examen. El examen del VIH es seguro. Hacerle un examen de VIH es muy importante para su salud.*

Test results will be confidential and maintained in your health record. Only authorized Department of Juvenile Justice and Department of Human Resources workers have access to these files. *(Los resultados de este examen serán mantenidos en mi expediente médico. Solamente empleados autorizados del Departamento de Justicia Juvenil o del Departamento de Recursos Humanos tienen acceso a estos resultados).*

The results of this test may be legally released by authorized Department of Juvenile Justice, Department of Human Resources or health department staff at the state, district and local levels to the following:
Los resultados de este examen se pueden divulgar legalmente por empleados autorizados del Departamento de Justicia Juvenil, Departamento de Recursos Humanos o empleados del Departamento de salud a nivel estatal, y local a las siguientes personas;

- 1.) Yourself (*usted*);
- 2.) The person or legal entity named on an “Authorization for Release of Health Information” form signed by you.
(La persona o entidad legal nombrada en la forma de “Autorización para divulgar información de salud” firmada por usted (o por el padre o guardián de un joven menor o incompetente)
- 3.) A health care provider who has legitimate need to know such information to provide immediate and specific health care services to you.
(Un proveedor de servicios de salud que tenga una necesidad legítima para poder saber esta información para poder proveerle a usted servicios de salud inmediatos y específicos)

Consent: (Consentimiento)

I have read, or had read to me, the information printed on this sheet. I was given the opportunity to ask questions and I understand the information printed here. *(Yo he leído o me han leído la información escrita en esta página. Me dieron la oportunidad para hacer preguntas y yo entiendo la información escrita aquí).*

I give permission for the Department of Juvenile Justice to collect one or more blood specimens from me in order to detect whether or not I have antibodies in my blood to HIV. *(Yo doy permiso para que el Departamento de Justicia Juvenil colecte una o más muestras de sangre para poder detectar si yo tengo o no tengo los anticuerpos del VIH en mi sangre).*

I request the HIV antibody test. *(Yo pido el examen de anticuerpos de VIH)*

The test results will be discussed with me with appropriate referral(s) as needed. *(Los resultados serán discutidos conmigo con los referidos apropiados)*

Youth's Signature

Date

Pre-Testing Counselor's Signature

Date