

FAMILY LIFE INSURANCE COMPANY

Administration Office: 10700 Northwest Freeway, Houston, Texas 77092

AVISO Y AUTORIZACION PARA PRUEBA DE SANGRE POR SIDA

Con el fin de evaluar su asegurabilidad, la compañía (el asegurador) le ha requerido proveernos con una muestra de su sangre para realizar la prueba y análisis que determinen si existe la presencia de anticuerpos de el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Al firmar y fechar este documento usted autoriza la realización de dicha prueba y acepta que las desiciones acerca de su asegurabilidad serán basadas en los resultados de la misma. Una serie de tres pruebas serán llevadas a cabo por un laboratorio certificado siguiendo protocolos médicos aceptados.

Consideraciones anteriores a la prueba

Algunas organizaciones de salud pública han recomendado que las personas, previo a someterse a la prueba de SIDA procuren el consejo y se informen de las implicaciones concernientes a la misma. Usted podría buscar a su costo dicho consejo, antes de someterse a la prueba.

Significado de un Resultado Positivo

La prueba no es una prueba de SIDA. Es una prueba que busca la presencia de anticuerpos de VIH, el agente que causa el SIDA, y muestra si usted ha sido expuesto al virus. Un resultado positivo no significa que usted contrajo SIDA pero muestra su alto nivel de riesgo en el desarrollo de problemas en su sistema inmonológico. La prueba de anticuerpos de VIH es altamente sensitiva. Aunque en raras ocasiones, algunas veces ocurren errores. Su Doctor privado, una clínica de salud pública o una organización en su ciudad podría ofrecerle de informacion sobre el SIDA acerca de las implicaciones médicas de un resultado positivo en la prueba.

Un resultado positivo en el análisis de los anticuerpos de VIH afectaría adversamente su aplicación para ser asegurado. Esto puede significar que su aplicación sea declinada, que el monto de su prima incremente, o que otros cambios en la póliza sean contemplados.

Confidencialidad de los Resultados

Todos los resultados de las pruebas serán mantenidos en estricta confidencia. Serán reportados por el laboratorio al asegurador. Los resultados serán divulgados como requiere la Ley o serán del conocimiento de otros empleados del Asegurador que tenga la responsabilidad de decisión de emitir la póliza en representación del Asegurador o a consejeros legales externos cuando necesitaran dicha información para representar adecuadamente al Asegurador con respecto a la aplicación. Los resultados podrían ser revelados a un Re-asegurador, en caso de que éste estuviera envuelto en el proceso de toma de decisiones. El resultado podría ser remitido a una agencia de intercambio de información médica para compañías aseguradoras siguiendo los procedimientos designados para asegurar la confidencialidad, incluyendo el uso de códigos generales que incluyen los resultados de otras enfermedades o condiciones no relacionadas con el SIDA, o para la preparación de reportes estadísticos que no incluyen la identificación de ninguna persona en particular.

Notificación de los Resultados

Si los resultados fuesen negativos, no se le enviará ninguna notificación. Si el Laboratorio reportara al Asegurador de un resultado, usted recibirá una notificación por escrito del Doctor que usted designará. Debido a la obligatoriedad de que la noticia tiene que ser revelada por una persona entrenada para que usted entienda claramente los resultados de las pruebas, sírvase listar su doctor privado.

Nombre del Doctor(a) a quien se le reportará el resultado: _____

Dirección: _____

En caso de que el resultado sea positivo y se le niegue la cobertura por dicho motivo y que usted requiriera conocer la razón de nuestra negativa, el asegurador podría requerirle que usted nombrase un Doctor para remitirle la información solicitada.

Consentimiento

He leído y entendido el presente documento. Acepto voluntariamente someterme a que se me tome una muestra de sangre, que dicha muestra sea analizada, y que los resultados del análisis sean reportados como se describió anteriormente. He leído la información contenida en ésta forma acerca del significado de los resultados.

Es de mi conocimiento que podría obtener una copia de este documento. Una copia fotostática de este documento tendrá la misma validez que el original.

Firma del Apicante, Padre o Guardián

Fecha de Hoy

Nombre del Apicante

Dirección